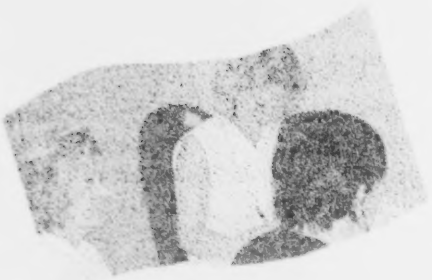
Décider pour faciliter le retour au travail

Étude exploratoire sur les dimensions de la prise de décision dans une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail

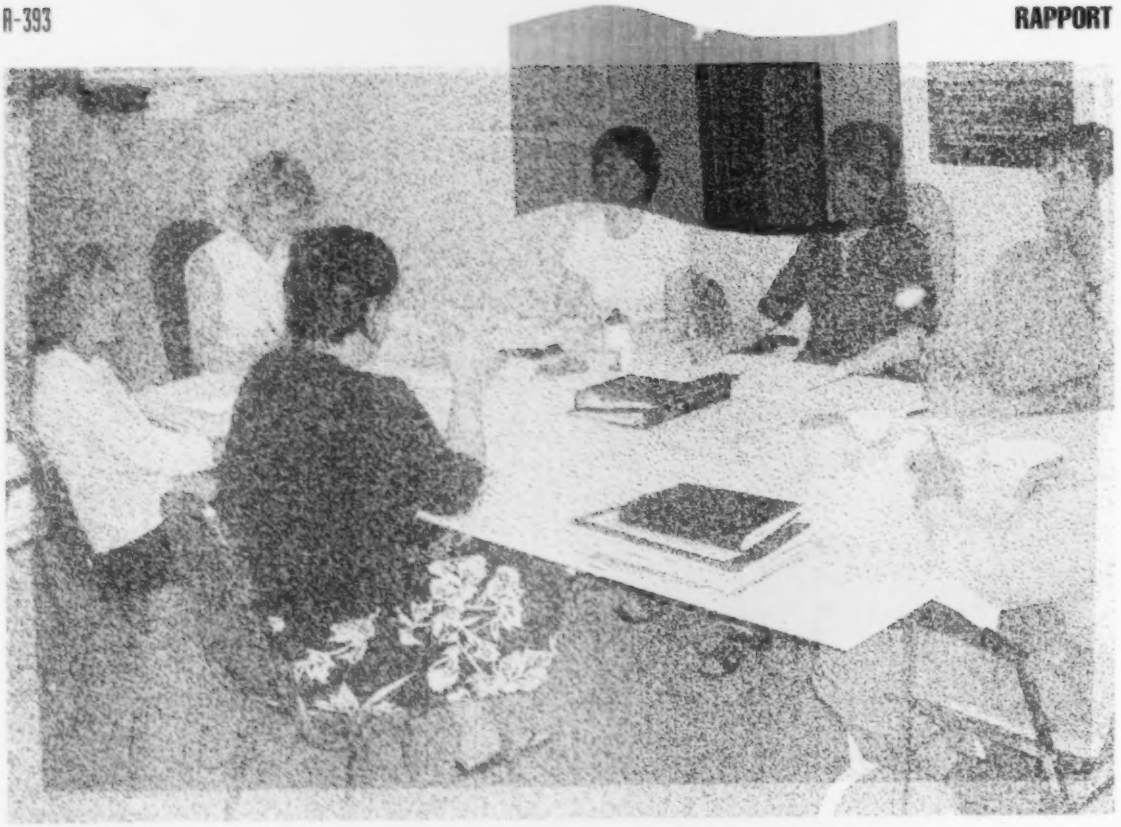


ÉTUDES ET RECHERCHES

Patrick Loisel
Marie-José Durand
Raymond Baril
Ann Langley
Marlène Falardeau

R-393

RAPPORT



irsst

105-06349/

Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES *travaillent* pour vous !

MISSION

- Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.
- Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.
- Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

POUR EN SAVOIR PLUS...

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement.
www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CSST.
Abonnement : 1-877-221-7046

IRSST - Direction des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : (514) 288-1551
Télécopieur : (514) 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, décembre 2004

Décider pour faciliter le retour au travail

Étude exploratoire sur les dimensions de la prise de décision dans une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail

ÉTUDES ET RECHERCHES

Patrick Loisel et Marie-José Durand, Centre de recherche et de formation en prévention d'incapacités, Université de Sherbrooke

Raymond Baril, Organisation du travail, IRSST

Ann Langley, École des hautes études commerciales de Montréal

Marlène Falardeau, Université de Montréal

RAPPORT

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca

Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site Web de l'IRSST.

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles des auteurs.

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

SOMMAIRE

La présente étude avait deux questions de recherche principales sur le processus de prise de décision :

A) Quel processus de décision est utilisé par l'équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail ?
B) Quels éléments favorisent et nuisent au consensus dans le processus de prise de décision ?

De façon secondaire, trois questions de recherche ont émergé au cours de l'étude :

C) Sur quelles valeurs partagées par l'équipe reposent les prises de décision ?
D) Quelles sont l'importance et la nature du partenariat dans la prise de décision ?
E) Quelles sont les trajectoires types des travailleurs de l'étude ?

L'étude du processus de prise de décision de l'équipe a eu lieu de façon longitudinale sur des cas précis de travailleurs présentant une incapacité prolongée due à un trouble musculo-squelettique. Un devis d'observation à cas unique a été retenu: le cas était représenté par l'observation d'une équipe interdisciplinaire en réadaptation au travail lors de ses discussions hebdomadaires à propos du processus de réadaptation de 22 travailleurs. Pour l'étude des trajectoires des travailleurs, un devis à cas multiples a été retenu dont la principale unité d'analyse était l'évolution du travailleur, du début à la fin de sa participation au programme de réadaptation.

L'analyse inductive et progressive des données a permis de déterminer que le processus de décision se faisait en deux grandes étapes : la collecte d'informations et la proposition d'action. Il est apparu que si les décisions de l'équipe étaient parfois relativement simples (décision de routine), bien souvent l'équipe devait prendre des décisions d'un grand degré de complexité, nécessitant des boucles récursives entre ces étapes. Cette complexité avait plusieurs origines. D'abord, un grand nombre d'informations étaient directement reliées au dossier d'incapacité, avec des provenances très diverses : le travailleur, sa famille, son médecin, le conseiller de l'assureur et les intervenants de l'entreprise. Les informations rapportées par les membres de l'équipe pouvaient être contradictoires ou diversement interprétées. Elles relevaient des multiples décisions prises par les acteurs nommés ci-dessus et que l'équipe cherchait à influencer dans l'objectif de faciliter le retour au travail. Les attitudes de ces acteurs, déterminées par des règles qui leur étaient propres, interagissaient également l'une avec l'autre et l'équipe veillait à ce que les consensus dégagés à l'interne soient partagés par l'ensemble des partenaires.

Le consensus pouvait survenir à l'intérieur de trois groupes différents: 1) entre les membres de l'équipe interdisciplinaire, 2) entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et le travailleur, 3) entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et les partenaires sociaux. Cinq conditions facilitant le consensus ont été identifiées: a) l'explication claire, b) la rassurance, c) les croyances semblables, d) le partage de faits et e) les arguments concernant l'atteinte de l'objectif. À l'encontre, la confusion, les croyances, les faits et les priorités différents faisaient obstacles au consensus. Par ailleurs, l'analyse des discours a permis de dégager la perception de l'équipe des déterminants favorisant le retour au travail. Au total, onze déterminants ont été identifiés : a) progression, b) dosage, c) collaboration du médecin, d) collaboration de la CSST, e)

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

SOMMAIRE

La présente étude avait deux questions de recherche principales sur le processus de prise de décision :

A) Quel processus de décision est utilisé par l'équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail ?
B) Quels éléments favorisent et nuisent au consensus dans le processus de prise de décision ?

De façon secondaire, trois questions de recherche ont émergé au cours de l'étude :

C) Sur quelles valeurs partagées par l'équipe reposent les prises de décision ?
D) Quelles sont l'importance et la nature du partenariat dans la prise de décision ?
E) Quelles sont les trajectoires types des travailleurs de l'étude ?

L'étude du processus de prise de décision de l'équipe a eu lieu de façon longitudinale sur des cas précis de travailleurs présentant une incapacité prolongée due à un trouble musculo-squelettique. Un devis d'observation à cas unique a été retenu: le cas était représenté par l'observation d'une équipe interdisciplinaire en réadaptation au travail lors de ses discussions hebdomadaires à propos du processus de réadaptation de 22 travailleurs. Pour l'étude des trajectoires des travailleurs, un devis à cas multiples a été retenu dont la principale unité d'analyse était l'évolution du travailleur, du début à la fin de sa participation au programme de réadaptation.

L'analyse inductive et progressive des données a permis de déterminer que le processus de décision se faisait en deux grandes étapes : la collecte d'informations et la proposition d'action. Il est apparu que si les décisions de l'équipe étaient parfois relativement simples (décision de routine), bien souvent l'équipe devait prendre des décisions d'un grand degré de complexité, nécessitant des boucles récursives entre ces étapes. Cette complexité avait plusieurs origines. D'abord, un grand nombre d'informations étaient directement reliées au dossier d'incapacité, avec des provenances très diverses : le travailleur, sa famille, son médecin, le conseiller de l'assureur et les intervenants de l'entreprise. Les informations rapportées par les membres de l'équipe pouvaient être contradictoires ou diversement interprétées. Elles relevaient des multiples décisions prises par les acteurs nommés ci-dessus et que l'équipe cherchait à influencer dans l'objectif de faciliter le retour au travail. Les attitudes de ces acteurs, déterminées par des règles qui leur étaient propres, interagissaient également l'une avec l'autre et l'équipe veillait à ce que les consensus dégagés à l'interne soient partagés par l'ensemble des partenaires.

Le consensus pouvait survenir à l'intérieur de trois groupes différents: 1) entre les membres de l'équipe interdisciplinaire, 2) entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et le travailleur, 3) entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et les partenaires sociaux. Cinq conditions facilitant le consensus ont été identifiées: a) l'explication claire, b) la rassurance, c) les croyances semblables, d) le partage de faits et e) les arguments concernant l'atteinte de l'objectif. À l'encontre, la confusion, les croyances, les faits et les priorités différents faisaient obstacles au consensus. Par ailleurs, l'analyse des discours a permis de dégager la perception de l'équipe des déterminants favorisant le retour au travail. Au total, onze déterminants ont été identifiés : a) progression, b) dosage, c) collaboration du médecin, d) collaboration de la CSST, e)

collaboration de l'employeur, f) collaboration sur les plateaux de travail, g) temps, h) désirs du travailleur, i) capacités du travailleur, j) confiance et k) positivité.

Bien que la diversité disciplinaire des membres de l'équipe et des partenaires sociaux pouvait rendre parfois difficile le consensus, celui-ci était grandement facilité par le système de valeurs partagé par l'équipe et qui sous-tendait le processus de décision. Ces valeurs ont été classées en quatre catégories : 1) les valeurs propres à l'équipe (unité et crédibilité, message unique, rassurance), 2) les valeurs que l'équipe voudrait voir chez ses partenaires (collaboration, message unique, rassurance), 3) les valeurs qu'elle voudrait que le travailleur partage (adhésion, motivation interne, réactivation, rassurance) et 4) les valeurs plus générales qui influencent l'intervention (interventions doivent être graduées, la douleur est un phénomène multidimensionnel et doit être contrôlée activement, le travail est thérapeutique). Plusieurs des valeurs identifiées rejoignaient les données probantes reliées au processus d'incapacité et de retour au travail. Ainsi, l'équipe a transformé les données probantes en un système de valeurs qui semble s'apparenter à une idéologie, mais qui est apparu très puissant pour appliquer les données probantes.

Une des valeurs identifiées par l'équipe, le partenariat, a été sujette à des analyses supplémentaires. Ceci a permis d'identifier divers éléments facilitants et obstacles perçus par les membres de l'équipe au sein de leur collaboration avec le travailleur, l'employeur, l'assureur et le médecin traitant. L'analyse des données a également permis de constater que les relations entre l'équipe et ses partenaires n'étaient pas toujours aisées. Ceci peut être dû au fait que l'équipe essayait davantage de faire partager aux autres ses valeurs et ses décisions, en raison de la conviction qu'elle avait de la justesse de ses propres valeurs. Cette attitude peut avoir indisposé certains de ses partenaires qui pouvaient se sentir peu écoutés dans le processus de réadaptation.

Enfin, l'étude des trajectoires s'est avérée complexe, étant donné la multiplicité des facteurs en cause, leur provenance variée et le nombre d'acteurs impliqués. Cependant, quatre tendances expliquant l'évolution des travailleurs ont émergé des données analysées : 1) les trajectoires de retour au travail sans obstacle, 2) les trajectoires de retour au travail avec obstacles, 3) les trajectoires de non retour au travail avec épisodes de progression et 4) les trajectoires de non retour au travail sans épisode de progression.

Cette étude prospective qualitative, bien qu'exploratoire, a été d'une grande ampleur et a généré un nombre considérable de données dont l'analyse a permis de défricher ce champ émergent de recherche qu'est la réadaptation d'un travailleur présentant un trouble musculo-squelettique par une équipe appliquant un programme basé sur les données probantes les plus récentes. Les résultats obtenus permettent de proposer diverses pistes de recherche futures pour améliorer les données probantes sur les dimensions de la prise de décision d'une équipe interdisciplinaire en réadaptation au travail.

NOTES

Les membres de l'équipe sont nommés par des initiales fictives et les noms des divers acteurs sociaux qui peuvent apparaître dans les citations sont également tous fictifs. Une similitude avec des personnes réelles ne pourrait être que l'effet du hasard.

Également, il est à noter que l'utilisation de la forme masculine est utilisée tout au long du document dans le seul but d'alléger le texte. Par conséquent, cette désignation fait référence aussi bien au genre féminin qu'à celui masculin.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire i
Notes iii
Table des matières iv
Liste des tableaux vi
Liste des figures vii
1. Introduction, problématique et objectifs 1
1.1. Introduction 1
1.2. Problématique 1
1.2.1. Les troubles musculo-squelettiques et l'incapacité au travail 1
1.2.2. Notion de prise de décision 2
1.2.3. Brève description du programme de réadaptation au travail 3
1.3. Objectifs 5
2. Méthodes 6
2.1. Cadre conceptuel 6
2.2. Devis de recherche 7
2.3. Participants 7
2.4. Collecte de données 8
2.5. Analyse 9
2.6. Stratégies de confirmation des résultats 9
2.7. Considérations éthiques 9
3. Résultats 10
3.1. Caractéristiques des participants 10
3.2. Question A : Le processus de décision 11
3.2.1. La collecte d'informations 12
3.2.2. La proposition d'action 13
3.2.3. Aspect temporel de l'intervention 16
3.2.4. Modèles de prise de décision 16
3.3. Question B : Les facilitateurs et obstacles au consensus et au retour au travail 18
3.3.1. La recherche de consensus dans la prise de décision 18
3.3.2. L'influence du processus décisionnel sur le retour au travail 20
3.4. Question C : Les valeurs sous-tendant le processus de décision de l'équipe 23
3.4.1. Valeurs propre à l'équipe 23
3.4.2. Valeurs attendues chez les partenaires 24
3.4.3. Valeurs attendues chez le travailleur 25
3.4.4. Valeurs générales 26
3.5. Question D : Le partenariat 28
3.5.1. Partenariat avec le travailleur 28
3.5.2. Partenariat avec l'employeur 30
3.5.3. Partenariat avec l'assureur 31
3.5.4. Partenariat avec le médecin traitant 32
3.6. Question E : Les trajectoires 33
3.6.1. Trajectoires de retour au travail sans obstacle (3 cas) 34
3.6.2. Trajectoires de retour au travail avec obstacles (8 cas) 35

3.6.3. Trajectoires de non retour au travail avec épisodes de progression (5 cas)..... 35
3.6.4. Trajectoires de non retour au travail sans épisode de progression (2 cas)..... 36
4. Discussion..... 38
5. Conclusion..... 42
6. Applicabilité des résultats..... 43
7. Retombées éventuelles..... 44
8. Liste des articles produits dans le cadre de la présente subvention..... 45
9. Références..... 46

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des cliniciens 10
Tableau 2 : Caractéristiques des travailleurs 11

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Processus de réadaptation 5
Figure 2 : La décision de routine 16
Figure 3 : Décision problématique 17
Figure 4 : Schéma représentant l'organisation des valeurs de l'équipe interdisciplinaire 28
Figure 5 : Trajectoires 34

1. INTRODUCTION, PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

1.1. Introduction

Le présent projet a bénéficié d'une subvention conjointe entre le Réseau des centres d'excellence du Canada HEALNet et l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST).

Ce projet sur les dimensions de la prise de décision avait pour objet une équipe interdisciplinaire appliquant un programme basé sur les données probantes les plus récentes dans le domaine de la réadaptation au travail, le programme de retour thérapeutique au travail.

Le présent rapport se divise en sept chapitres. Un bref survol de la problématique, du programme de réadaptation et des questions de recherche seront d'abord présentés. Les éléments méthodologiques seront abordés dans le second chapitre. Le troisième chapitre portera sur les résultats de recherche obtenus en fonction des questions de recherche élaborées. Le quatrième chapitre proposera des éléments de discussion. Enfin, les derniers chapitres porteront respectivement sur la conclusion, l'application des résultats et les retombées éventuelles de la présente étude.

1.2. Problématique

1.2.1. Les troubles musculo-squelettiques et l'incapacité au travail

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) affectent la majorité de la population. En effet, selon l'Enquête sociale et de santé 1998 (1), les TMS sont la cause principale d'incapacité dans la population québécoise et une importante proportion de ces incapacités serait imputable aux TMS reliées au travail. En effet, selon cette enquête, près de 20% de la population québécoise a déclaré avoir un problème au niveau du système ostéo-articulaire. De plus, 83% des travailleurs ont déclaré avoir ressenti des douleurs à au moins une région du corps. Parmi ces derniers, 11% se sont absentés du travail à cause de cette douleur. Cette situation de handicap au travail engendre un fardeau financier considérable. De fait, les problèmes musculo-squelettiques représentent la majorité des cas compensés secondaires à des accidents du travail. Au Québec, en 2001, selon les sources de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), les TMS (comprenant les lésions en « ite » et affections vertébrales) représentaient 38,0% de l'ensemble des lésions professionnelles ayant occasionné une indemnisation et 42,4% des débours en Indemnités de Remplacement du Revenu (IRR), soit plus de 116,7 millions de dollars (2,3). En outre, des coûts indirects (ex. : perte de compétitivité des entreprises, régimes de pension d'invalidité permanente) considérables sont également engendrés. Par exemple, une étude menée au Canada en 1994 a démontré que les coûts associés aux problèmes musculo-squelettiques étaient estimés à 25,6 milliards de dollars parmi lesquels 18,1 milliards étaient des coûts indirects (4). De plus, selon le rapport de Santé Canada sur le Fardeau économique de la maladie au Canada, les coûts indirects associés aux TMS représentaient les coûts les plus élevés avec 18,2% du coût total des coûts indirects de la maladie au Canada (5).

Le fardeau attribuable au problème d'incapacité n'est pas seulement financier : les personnes atteintes de ces incapacités au travail vivent une situation qui diminue considérablement leur qualité de vie et altère leur santé physique et mentale. Baril et al. (6) ont démontré dans une

étude sur l'issue du processus de réadaptation de la CSST que les coûts humains découlant de ces incapacités au travail prolongées étaient considérables. En outre, même si la reprise du travail a eu lieu, la maladie n'est souvent pas guérie et les douleurs persistantes sont très fréquentes (7,8). Par ailleurs, l'incapacité au travail n'affecte pas seulement le travailleur mais également son employeur, ses collègues de travail ainsi que sa famille (9).

Ces dernières années, de nombreuses études se sont adressées à cette problématique sociale et de santé, permettant de dégager des indicateurs d'incapacité prolongée (10) et de développer des interventions permettant de faciliter le retour au travail des travailleurs atteints de TMS (11). Les nouvelles données probantes reconnaissent que les facteurs qui empêchent le travailleur de retourner à son emploi sont peu associés à la maladie mais plutôt aux incapacités qui en découlaient. Le retour au travail d'un travailleur blessé ne dépendra donc pas uniquement de sa déficience même, mais aussi des facteurs psycho-sociaux et occupationnels qui contribuent à accentuer sa douleur et occasionnent des craintes quant à un retour au travail éventuel (12). Certains auteurs de ce rapport se sont spécialisés dans le développement de programmes novateurs destinés à faciliter le retour au travail en santé de ces travailleurs (modèle de Sherbrooke (13); Programme PRÉVICAP (14)). Ces programmes sont centrés autour d'une intervention complexe, le retour thérapeutique au travail, qui réalise un retour progressif au poste régulier du travailleur, gérés par une équipe interdisciplinaire de réadaptation en collaboration avec des partenaires sociaux tels que le conseiller en réadaptation de la CSST, le médecin traitant et l'employeur. Cette intervention permet d'aider le travailleur à retrouver ses capacités de travail et de réduire les exigences du travail pour ainsi assurer un retour sécuritaire et stable au travail. L'équipe interdisciplinaire, située dans un milieu de santé public, a pour mandat de collaborer avec les partenaires sociaux et se trouve donc confrontée avec des enjeux sociaux, puisque ces enjeux ont le plus souvent une part importante à jouer dans l'incapacité prolongée. Pour aider le travailleur, elle est donc amenée à prendre des décisions qui dépassent largement la lésion à l'origine du TMS et qui doivent être négociées avec les partenaires. C'est dire qu'un tel mandat de facilitation de retour au travail dépasse largement le cadre classique des intervenants en santé, centré uniquement sur une lésion, pour se rapprocher d'un cadre de réadaptation, c'est-à-dire de favoriser le retour au rôle social de travailleur de la personne présentant un TMS. Ce cadre est d'ailleurs cohérent avec les modèles modernes de réadaptation, que ce soit au Québec (15) ou au niveau de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (16). À notre connaissance, le processus de décision utilisé par une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail et ses déterminants n'ont jamais été étudiés scientifiquement, justifiant la présente étude.

1.2.2. Notion de prise de décision

La littérature sur le processus de décision provient principalement de la recherche sur les organisations. Dès 1960, Simon (17) définissait le processus de décision comme un processus cognitif qui pouvait se décomposer en une séquence d'étapes simples et programmées. Cependant, cette vision séquentielle et ordonnée a été remise en question par plusieurs auteurs et en particulier Cohen et al. (18) qui ont proposé un modèle dit « de poubelle » (« garbage can »), évoquant un processus chaotique, basé sur le fait que les décideurs, mis en face de la complexité et de l'ambiguïté étaient débordés par une sorte d'anarchie. Cependant, entre ces deux modèles diamétralement opposés, Mintzberg et al. (19) ont proposé une explication médiane, selon laquelle le modèle séquentiel serait perturbé par des « facteurs dynamiques » (crises, opportunités) venant altérer la séquence logique et introduisant un certain chaos. Récemment,

Langley et al. (20) ont exploré plus en profondeur le processus de décision en analysant de façon séparée le concept de décision lui-même, le décideur et le processus de décision. Ceci les ont amenés à décrire d'abord un quatrième modèle dit de convergence, selon lequel la décision suivrait une trajectoire générale de convergence, à travers des itérations, guidée par la vision d'un but ou d'une action finale. Lorsque centrée sur le décideur, l'analyse le présente comme un créateur, acteur et porteur de l'activité de prise de décision. Ceci conduit à un cinquième modèle, dit de perspicacité, raffinant le précédent, dans lequel la convergence est elle-même itérative, la décision progressant grâce à des inspirations du décideur qui inspire également les autres acteurs. Finalement, en centrant sur le processus de décision lui-même, Langley et al. (20) vont au-delà du décideur et considèrent l'organisation comme un système de processus de décisions qui s'influencent les unes les autres. En particulier, ces liens peuvent être contextualisés dans un même contexte organisationnel et le processus décisionnel sera influencé par les personnes en cause, leur culture ainsi que la structure et la stratégie générale de l'organisation. Cela leurs permet de proposer un sixième modèle de prise de décision selon un tissage organisationnel. La prise de décision y est présentée comme émergente d'un réseau complexe d'éléments inter-reliés dans lequel les éléments rationnels sont modifiés par les intuitions et les émotions des acteurs.

Ce dernier modèle s'applique particulièrement au contexte de l'équipe de réadaptation au travail qui était notre objet d'étude, car cette équipe était chargée d'appliquer un programme défini (structure) avec un but défini (le retour au travail), en partageant une perspective commune (stratégie basée sur les données probantes) et devant interagir avec de nombreux partenaires (acteurs externes) apportant de nombreux éléments imprévisibles.

1.2.3 Brève description du programme de réadaptation au travail

Le programme de réadaptation de retour thérapeutique au travail (RTT) vise un retour au travail rapide, durable et sécuritaire du travailleur blessé en misant sur sa réadaptation qui est déplacée ou transposée en grande partie de la clinique vers le milieu de travail. Le plan de traitement est personnalisé et adapté aux besoins du travailleur. Il s'agit d'un programme dont les caractéristiques principales sont basées sur des fondements théoriques issus des données probantes récentes, c'est-à-dire la prise en charge précoce des travailleurs (dès la phase subaiguë), la constitution d'une équipe interdisciplinaire, l'intégration rapide du travail réel dans le processus de réadaptation, l'analyse et l'aménagement de l'environnement de travail, le suivi du travailleur jusqu'au retour à son poste de travail régulier et l'établissement d'une collaboration avec l'employeur, le médecin traitant, l'organisme de prise en charge financière (ex. : le conseiller en réadaptation de la CSST), le représentant syndical (selon le contexte) et le réseau social de l'individu au besoin, tout en respectant les règles de confidentialité des dossiers médicaux.

L'équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail se compose des professionnels suivants : médecin, ergothérapeute, ergonome, psychologue, kinésiologue et coordonnateur clinique. Ces professions ont été choisies pour permettre de réaliser une intervention qui nécessite le développement des capacités physiques du travailleur (kinésiologue), son ajustement aux diverses dimensions des tâches de travail (ergothérapeute), la modification du poste du travail (ergonome), la prise en considération de la dimension psychologique du travailleur blessé (psychologue) et la considération de la lésion et de l'état de santé général (médecin). Cette équipe se réunit chaque semaine pour discuter de chaque cas suivi et doit prendre des décisions

sur la meilleure façon, selon elle, d'aider le travailleur à progresser vers le retour au travail. Elle doit ensuite expliquer et proposer ses décisions au travailleur et aux partenaires sociaux pour permettre leur mise en oeuvre. Ce processus de décision est complexe puisqu'il doit tenir compte des intérêts et réactions des divers partenaires. La difficulté est encore accrue par le fait qu'il ne s'agit pas de la décision d'un seul individu, mais que la prise de décision se fait de façon consensuelle dans le cadre d'une équipe de professionnels provenant de disciplines différentes. Enfin, même si ces professionnels sont familiers avec la problématique de l'incapacité au travail, il reste que de nombreuses dimensions de cette problématique multidimensionnelle (médicale, psychologique, sociale, professionnelle) sont éloignées de leur cadre habituel d'intervention.

Le processus de réadaptation des travailleurs débute après une évaluation du travailleur à l'aide du Diagnostic de situation de handicap au travail (DSHT) et dès l'obtention de l'autorisation du médecin traitant et du référent[1]. Le DSHT est un outil d'évaluation qui a pour but d'éliminer un diagnostic de gravité et de formuler un diagnostic sur la ou les causes de la prolongation d'une incapacité au travail régulier (arrêt de travail ou assignation temporaire) ou sur un état rendant difficile le travail. Ceci permet par la suite d'établir un plan d'intervention. Le processus de réadaptation varie en fonction des activités proposées au plan d'intervention (figure 1). Ainsi, un pré entraînement progressif au travail (Pré-EPT) sera réalisé par l'équipe interne si planifié au plan de traitement. Le pré-EPT est une phase exploratoire qui vise d'abord une meilleure compréhension des rôles et objectifs des partenaires, une précision de l'emploi du travailleur (titre, poste et activités de travail) et le développement d'une collaboration avec les partenaires. Il peut s'agir de l'exploration des structures d'accueil du milieu de travail, la recherche d'un milieu de stage, le rehaussement des capacités du travailleur ou toutes autres démarches préalables à un processus d'entraînement progressif au travail. Parallèlement à cette intervention, et en collaboration avec l'employeur et le conseiller en réadaptation, l'équipe explore et prépare le milieu de travail afin d'optimiser l'entraînement progressif au travail (EPT). L'EPT est une modalité d'intervention qui se caractérise par un retour progressif et supervisé d'un individu à son poste de travail. Il se poursuit habituellement en parallèle avec un programme de réactivation en clinique. Les contraintes, les cadences et la durée du travail sont augmentées graduellement. Le retour progressif est organisé sous la supervision de l'équipe interdisciplinaire en concertation avec l'employeur (21). L'EPT est mis en place par les membres de l'équipe (avec possibilité d'une intervention d'un ergonome ou de modification du poste). Outre la réunion interdisciplinaire impliquant l'ensemble des intervenants de l'équipe pour suivre l'évolution du travailleur, une proposition de tâches à réaliser et du temps de travail est envoyée à l'employeur et une entente est établie pour la semaine qui suivra. De plus, un suivi téléphonique est réalisé auprès du conseiller. Enfin, un rencontre avec le travailleur a lieu pour lui présenter l'horaire de la semaine suivante. Ainsi, tous les acteurs impliqués suivent semaine après semaine la progression du travailleur et approuvent la démarche. À la fin de l'EPT, une révision du plan de traitement est effectuée dans le but de déterminer s'il y a nécessité d'un maintien des acquis en emploi (MAE). Le MAE consiste à un suivi auprès du travailleur et vise, par souci de prévention d'une rechute, la stabilité et le maintien des capacités développées lors de l'EPT ainsi que la mise en place de réduction des contraintes environnementales au besoin.

---

[1] Le référent est une personne qui réfère un travailleur ayant une blessure au programme. De façon générale, il s'agit de l'assureur et parfois, l'employeur.

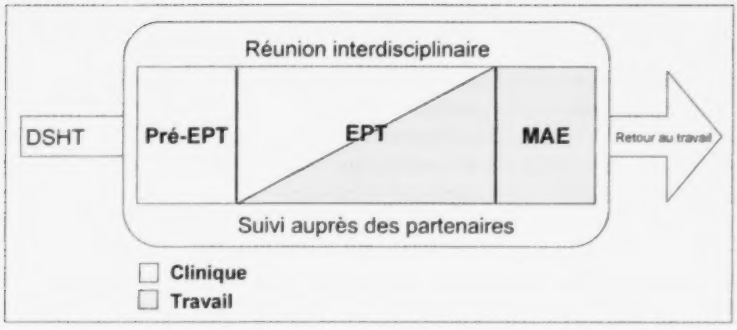


Figure 1 : Processus de réadaptation

1.3. Objectifs

Dans la demande de subvention, trois questions principales de recherche étaient identifiées :

1) Quelles stratégies de décision sont utilisées dans la mise en œuvre du programme par l'équipe interdisciplinaire?
2) Quels sont les obstacles au processus de décision consensuel?
3) Quelles sont les stratégies décisionnelles qui améliorent la performance de l'équipe interdisciplinaire?

Or, le processus inductif et l'analyse progressive des donnés (voir Méthode) ont permis de raffiner et préciser les questions de recherche qui ont ainsi été formulées :

A) Quel processus de décision est utilisé par l'équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail ?
B) Quels éléments favorisent et nuisent au consensus dans le processus de prise de décision ?

De façon secondaire, trois questions de recherche ont émergé au cours de l'étude :

C) Sur quelles valeurs partagées par l'équipe reposent les prises de décision ?
D) Quelles sont l'importance et la nature du partenariat dans la prise de décision ?
E) Quelles sont les trajectoires types des travailleurs de l'étude ?

2. MÉTHODES

2.1. Cadre conceptuel

Préalablement au démarrage de la collecte de données, un cadre conceptuel a été développé (22). Ce cadre a bénéficié non seulement de l'étude de la littérature sur la prise de décision, mais aussi de l'expérience de l'équipe de recherche sur le programme et la réadaptation au travail. Le cadre a dégagé trois concepts majeurs qui sous-tendaient le questionnement de la recherche et devaient guider le processus d'analyse des discours : le processus de décision, le consensus et la réadaptation au travail.

- Le processus de décision : Tel que mentionné dans la problématique, nous avons retenu le sixième modèle sur le tissage organisationnel développé par Langley et al. (20) selon lequel la prise de décision est présentée comme émergente d'un réseau complexe d'éléments inter-reliés dans lequel les éléments rationnels sont modifiés par les intuitions et les émotions des acteurs. Dans le cadre de cette étude, le processus de décision a été séparé en informations guidant la décision et en stratégies décisionnelles qui guident l'action. Les réflexions de l'équipe, c'est-à-dire les éléments intermédiaires constitutifs des décisions de l'équipe, deviennent alors des conditions qui interviennent pendant et entre les actions. En portant l'attention sur les actions et les réflexions, le phénomène de la décision pouvait être saisi dans sa globalité et sa complexité.

    - ❖ La décision est considérée comme un processus guidé par les informations disponibles à l'équipe et rapportées par les membres de l'équipe. Le domaine d'informations concernant l'évolution des travailleurs étaient les suivants : a) l'état et les habitudes du travailleur, b) le soutien des proches, c) la situation au travail et d) les actions des intervenants (équipe et partenaires).

    - ❖ Les stratégies décisionnelles sont utilisées par l'équipe pour favoriser le processus décisionnel. Une observation préalable de l'équipe a permis de retenir les stratégies suivantes : rappel de l'objectif, questionnement sur des possibilités alternatives et leur impact possible, jugement sur une décision antérieure, rappel de la réalité, recherche d'alliés, sensibilisation à une conséquence, dédramatisation basée sur l'ajout d'une nouvelle option, argumentation appuyée sur l'avis d'un expert, appel à une valeur (ex. : confiance, aide, etc.), mise en garde et sensibilisation aux avantages d'une situation.

- Le consensus : La notion de consensus implique l'analyse des mécanismes et des procédures qui font naître la décision collective par un accord entre les membres d'un groupe. Cette notion inclut donc deux niveaux : l'accord et le groupe. Il s'agissait de relever les mécanismes qui favorisent le consensus et ceux qui le ralentissent ou le mettent à risque. Il s'agissait également de découvrir les conditions sous-jacentes à ces mécanismes.

    - ❖ L'accord se rapporte aux éléments qui soulignent l'entente ou les conflits à l'intérieur du groupe à propos des informations perçues et des décisions à prendre.

- ❖ Le groupe, ici l'équipe de réadaptation au travail, était conçu comme un échange entre au moins deux acteurs concernés par les interventions cliniques qui se déroulent au site de la recherche ou qui sont sous la responsabilité de ce site. Était considérés comme membres de l'équipe : le travailleur, les proches du travailleur, l'employeur, les collègues de travail, le représentant de l'assureur, les intervenants de la communauté, les gestionnaires et les intervenants de l'équipe (kinésiologues, ergothérapeutes, médecin, coordonnatrice clinique, psychologue, ergonome et chirurgien orthopédiste). D'autres acteurs, au besoin, pouvait s'ajouter, tels un représentant syndical et un agent des ressources humaines. Il importe de préciser qu'à l'intérieur de cette équipe élargie, se trouvent trois sous-groupes : 1) le travailleur en tant que sujet et objet de l'intervention, 2) l'équipe interne, constituée des intervenants de l'équipe de réadaptation au travail, qui prend les décisions relatives à l'intervention clinique et 3) l'équipe externe (partenaires sociaux) composée d'acteurs provenant des entreprises, des assureurs, des médecins traitant ou de certains proches des travailleurs.

- La réadaptation au travail : En réadaptation au travail, la personne se présente à la fois comme un patient et comme un travailleur. Les décisions sont prises en tenant compte d'une multitude de facteurs et d'interrelations entre la personne souffrante dans son contexte physique, psychologique et social et la personne en incapacité de remplir son rôle social de travailleur. L'attention était portée sur :

  - ❖ sur les aspects de la santé de la personne et les représentations que s'en font les membres de l'équipe et les travailleurs,

  - ❖ les représentations et les aspects du travail par le travailleur et les membres de l'équipe, les coûts reliés à une absence du travail, l'organisation physique des lieux du travail, les perceptions des intervenants sur la condition du travailleur, la qualité de vie au travail, etc.

2.2. Devis de recherche

Afin d'étudier le processus de prise de décision de l'équipe interne de façon longitudinale sur des cas précis de travailleurs présentant une incapacité prolongée due à un TMS, un devis d'observation à cas unique a été retenu: le cas était représenté par l'observation de l'équipe interne lors de ses discussions hebdomadaires à propos du processus de réadaptation de certains travailleurs. Par ailleurs, pour étudier les trajectoires des travailleurs afin de mieux comprendre les difficultés décisionnelles, un devis à cas multiples a été retenu (23) dont la principale unité d'analyse était l'évolution du travailleur, du début à la fin de sa participation au programme de réadaptation.

2.3. Participants

Il y avait eu deux ordres de participants à cette recherche :

- Pour les quatre premières questions, les participants étaient l'équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail et ses membres. Les disciplines présentes étaient : médecine, ergothérapie, ergonomie, kinésiologie et psychologie auxquelles s'ajoutait la coordonnatrice

clinique, une ergothérapeute. Sept membres réguliers de l'équipe ont participé à l'ensemble de l'étude, ainsi que deux autres (un chirurgien orthopédiste et une kinésiologue) de façon limitée pour des remplacements de vacances.

- Pour la dernière question, les participants étaient les travailleurs dont la situation était discutée par les intervenants de l'équipe. L'échantillonnage en fut un de commodité, c'est-à-dire que ce sont les personnes qui étaient disponibles qui ont participé à l'étude.

2.4. Collecte de données

La collecte de données a principalement consisté en l'enregistrement des réunions hebdomadaires de l'équipe interdisciplinaire, pendant la discussion des cas qui concernaient l'étude. Elle s'est étendue de janvier 2000 à juillet 2001. Trois cent trente-huit discussions de cas ont été filmées sur bande magnétique, à propos de 22 travailleurs, pour un total de 75 heures d'enregistrement. L'enregistrement vidéo a été préféré à l'enregistrement audio, pour faciliter le travail de transcription des discours de cette équipe de six personnes et en assurer la qualité. La collecte de données a cessé lorsque la saturation des données a été atteinte pour les questions de recherches principales. La responsabilité de la collecte de données a reposé sur une des coauteures (MF) et deux assistants de recherche qui n'avaient aucun rôle dans le processus de réadaptation des travailleurs.

Deux autres types de données ont été recueillis. Le gestionnaire de dossier[2] du travailleur dans l'équipe a été interviewé pour chaque travailleur inclus dans l'étude. L'entretien non-directif, d'une durée variant de 20 à 60 minutes (moyenne : 30 minutes), s'est déroulé entre deux à huit semaines (moyenne : six semaines) après la cessation de la démarche en réadaptation de chacun des travailleurs participants. Le but de cette rencontre était de documenter la perspective de l'équipe sur l'ensemble de la trajectoire du travailleur en question, de décrire les décisions majeures prises et les éléments qui avaient influencé ces décisions.

Également, les travailleurs faisant l'objet des discussions interdisciplinaire dans l'étude ont été interviewés. L'entrevue, de type semi-structuré, a duré de 20 à 55 minutes (moyenne : 35 minutes) et a été réalisée en moyenne quatre jours après la fin de l'intervention en réadaptation (étendue : 1 à 25 jours). Le canevas d'entrevue portait sur les décisions prises et les actions posées lors de l'intervention, sur le consensus et sur l'identification et l'atteinte des objectifs.

Au total, 46 entrevues (19 entrevues individuelles auprès des travailleurs et 27 entrevues individuelles auprès des membres de l'équipe) ont été réalisées.

Les interviews des intervenants et des travailleurs ont été enregistrées (enregistrement audio seulement). Les entrevues ont été de type semi-dirigé, en utilisant une grille d'entrevue développée pour l'étude et réalisées par des assistants de recherche entraînés à la technique de ce type d'entrevue.

---

[2] Le gestionnaire de dossier joue un rôle pivot entre le travailleur en traitement, l'équipe interdisciplinaire et les différents partenaires sociaux impliquées au dossier. Ce rôle est généralement acquitté par l'ergothérapeute ou l'ergonome de l'équipe et peut être partagé avec le responsable clinique selon la complexité du dossier.

2.5. Analyse

Les discours des réunions d'équipe ainsi que des entrevues individuelles ont été transcrits par une seule personne. La méthode d'analyse a été adaptée de Glaser & Strauss (24) et de Miles & Huberman (22) qui proposent de réduire les données en les codifiant, en faisant des mémos, en rédigeant des sommaires et en identifiant les similitudes et les différences entre les unités de sens. Les découvertes successives étaient incorporées dans les nouvelles données analysées, permettant le développement progressif d'hypothèses pour produire des perspectives théoriques. Ainsi, étant donné le peu de connaissances préalables sur ce processus de décision et pour éviter d'être réductionniste, les codes ont été développés selon un processus inductif, au fur et à mesure de l'analyse. Deux assistants de recherche ont ainsi analysé les verbatims transcrits, utilisant le logiciel Atlas-Ti (version 4.1) pour les classer. L'accord inter-juges pour la codification a été vérifié au début de l'étude en comparant, pour les mêmes transcriptions, les codages de chacun des évaluateurs. Le premier codage général a permis de faire émerger certains éléments majeurs reliés au processus de décision et de préciser les questions de recherche en fonction des données disponibles. Pour les questions retenues, les contenus des catégories de codage ont ensuite été réduits et structurés en codes plus spécifiques.

Des trajectoires des travailleurs inclus dans l'étude ont également été construites à partir des données, pour en dégager les similitudes et les différences et faire émerger des trajectoires types. Un suivi téléphonique a été réalisé six mois et un an après la fin du programme de réadaptation pour connaître le statut de travail du travailleur.

2.6. Stratégies de confirmation des résultats

Comme les verbatims ont été analysés par trois assistants de recherche, leur accord dans leur codification a été testé et comparé jusqu'à ce que la fiabilité inter-juges de l'interprétation soit très élevée. De plus, pour s'assurer de la validité dans l'interprétation des valeurs attribuées à l'équipe, ces valeurs lui ont été présentées dans une réunion formelle. Par la suite, les membres de l'équipe ont coté leur accord avec chaque valeur sur une échelle de Likert (de parfaitement en accord à parfaitement en désaccord). Sur les sept membres de l'équipe, deux ont été parfaitement en accord, trois en accord, un modérément en accord et un n'a pas répondu. Ce processus a permis de clarifier les termes et de nommer les valeurs avec un vocabulaire plus précis. Par conséquent, cette stratégie a permis d'améliorer la validité de cette étude par l'acceptation interne des participants (25).

2.7. Considérations éthiques

Le projet a été présenté au comité de déontologie de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne qui l'a accepté. Le projet a été expliqué à tous les participants de l'équipe interdisciplinaire et aux travailleurs interviewés et tous ont signé un consentement approuvé par le comité de déontologie.

3. RÉSULTATS

De nombreux résultats émergés des analyses seront présentés. Dans un premier temps, les caractéristiques des participants seront brièvement présentées. Par la suite, reprenant les éléments du cadre conceptuel, le processus décisionnel sera décrit, comprenant la collecte d'informations et les propositions d'actions. Les modèles de prise de décision élaborés à partir des données recueillies seront également présentés (question A). Ensuite, les éléments favorisant ou nuisant au consensus dans l'équipe puis quelques éléments de la vision de l'équipe sur la réadaptation au travail seront présentés (question B). Finalement, trois points importants qui ont émergé des données et donné lieu à la rédaction d'articles séparés (voir section 8) seront abordés: les valeurs de l'équipe qui sous-tendent son processus de décision (question C), son mode d'action dans le partenariat (question D) et les grands types de trajectoire suivis par les travailleurs de l'étude (question E).

3.1. Caractéristiques des participants

Les tableaux 1 et 2 présentent quelques caractéristiques de la population participante soit l'équipe interdisciplinaire et les travailleurs. Au total, 22 travailleurs (15 hommes et 7 femmes) ont participé à l'étude. Ils étaient âgés entre 22 et 58 ans et étaient tous en arrêt de travail depuis au moins deux mois (de 2 à 24 mois, moyenne: 11 mois). La durée de l'intervention par l'équipe du centre de réadaptation a varié de 7 à 37 semaines.

Tableau 1 : Caractéristiques des cliniciens

Participants	Sexe	Profession	Expérience*
A	F	Ergonome	3
B	M	Kinésiologue	2
C	F	Ergothérapeute	1
D	M	Ergothérapeute	1
E	M	Psychologue	3
F	F	Médecin	2
G	F	Coordonnatrice	1
H	M	Orthopédiste	3
S	F	Kinésiologue	1

* 1 = entre 1 et 8 ans
2 = entre 9 et 15 ans
3 = plus de 15 ans

Tableau 2 : Caractéristiques des travailleurs

	Sexe	Âge	Diagnostic	Titre d'emploi
1.	F	53	tendinite et algodystrophie réflexe	opératrice de machine à coudre
2.	M	58	entorse lombaire	manoeuvre
3.	F	50	entorse lombaire	vendeuse
4.	M	33	entorse lombaire	journalier
5.	M	31	syndrome de stress post-traumatique	ferblantier
6.	M	39	sciatalgie	aide-maçon
7.	F	58	entorse lombaire	commis
8.	M	50	entorse dorsolombaire	briqueteur
9.	M	49	rupture ligamentaire à la main	lamineur
10.	F	54	entorse cervicale	gérante de magasin
11.	M	33	cervico-brachialgie	opérateur de machinerie lourde
12.	M	41	instabilité lombaire	technicien en administration
13.	M	22	contusion dorso-lombaire	apprenti-menuisier
14.	M	35	hernie discale	opérateur de cloueuse
15.	F	42	entorse lombaire	infirmière auxiliaire
16.	M	31	entorse lombaire	grutier
17.	M	38	lombalgie	couvreur
18.	M	29	lacération au poignet (FDP)	menuisier
19.	F	34	tendinite	aide-pressière
20.	M	50	hernie	contremaître
21.	M	34	contusion lombaire	soudeur
22.	F	33	Entorse lombaire	infirmière auxiliaire

3.2. Question A : Le processus de décision

Le processus de décision a été divisé en deux étapes principales : la collecte d'informations et la proposition d'actions qui mène à la décision. Pour la proposition d'action, deux éléments ont été distingués soit le processus suivi par l'équipe et le type de décisions. De plus, une grande part des discussions concernait l'aspect temporel de l'intervention. Enfin, deux modèles de prise de décision ont été élaborés.

3.2.1. La collecte d'informations

La collecte d'informations prenait une grande place dans les discussions de l'équipe. Ces informations ont été classées selon qu'il s'agissait d'informations relatives au travailleur, à sa famille, aux partenaires externes et à l'environnement de travail.

- Les informations recueillies sur ou auprès du travailleur étaient de quatre types : a) les informations générales et l'historique, b) l'état physique, c) l'état psychologique et d) les actions posées par le travailleur.
  a) Dans les informations générales et historiques du travailleur, on retrouve
     - le parcours professionnel (ex. : *opératrice de machine à coudre depuis l'âge de 16 ans, a arrêté de travailler pour ses enfants, a été couturière à la maison puis dans une manufacture*),
     - le type d'accident (ex. : *accident le 28 octobre, entorse lombaire, a cessé de travailler le même jour que l'accident*),
     - le mode référence (*référé par...*) et
     - des données personnelles générales (ex. : *briqueteur, origine italienne, marié à une québécoise*).

  b) Dans les informations sur l'état physique du travailleur, on retrouve
     - des éléments pathologiques et fonctionnels spécifiques (ex. : *ne bouge pas beaucoup l'épaule, extension des doigts difficile, amplitude de l'épaule à 30%, est déconditionné au niveau cardio-vasculaire*),
     - des éléments sur la condition générale (ex. : *fatigué, déconditionné, très tendu, baisse de la douleur*) et
     - des éléments sur le type de douleur perçu par l'équipe (ex. : *somatisation*).

  c) Dans les informations sur l'état psychologique du travailleur, on retrouve
     - des éléments à propos de l'humeur (ex. : *souriant, moins en détresse*),
     - des cognitions (ex. : *bon sens d'analyse, capable d'abstraction, toujours distrait*),
     - de la personnalité (ex. : *il a une personnalité anxieuse, syndrome de victime*),
     - de l'attitude face au retour au travail (*ex. : se sent abusé ou persécuté par l'employeur*) et
     - de son comportement social (ex. : *collabore bien, commence à créer des liens avec les autres*).

  d) Dans les informations sur les actions posées par le travailleur, on retrouve
     - des actions de type thérapeutique ou non posées à domicile (ex. : *utilise son TENS seulement à la maison maintenant, prend des anti-inflammatoires*),
     - des actions à propos des loisirs (ex. : *ose jouer au bowling maintenant la fin de semaine*),
     - des actions reliées à l'emploi (ex.: *a pris un avocat car le syndicat était inactif, il en a trop fait au travail; il s'est testé*),
     - des actions réalisées dans le centre de réadaptation (ex. : *va trop vite, arrive en retard, il s'intègre davantage aux autres*),
     - des actions auprès des partenaires (ex. : *il tente de régler les problèmes aux mauvais endroits, il a changé de médecin*) et

- des actions sur sa propre personne (ex. *: il est plus propre*).

- Les informations relatives à la famille du travailleur comprenaient principalement
  - l'existence de la maladie d'un proche (ex. : *époux en pré-retraite et malade à la maison*),
  - le soutien obtenu de la famille (ex. : *époux supportant, épouse a de la misère à l'endurer*) ou
  - la situation familiale du travailleur (ex. : *depuis 3 ou 5 ans ne voit plus ses enfants*).

- Les informations relatives aux partenaires externes concernaient
  - les opinions émises par les partenaires (ex. : *le médecin dit qu'il y a une condition psychologique sous-jacente, la CSST voit chez le travailleur un grand désir de retraite*) et surtout
  - les actions posées (ex.: *l'employeur l'a changé d'équipe pour éviter les conflits, le médecin a prescrit un scan, la CSST n'a pas encore téléphoné au syndicat, le syndicat a dit qu'il aurait sa job*).

- Les informations relatives à l'environnement de travail concernaient a) le milieu et b) les tâches de travail.

  a) Les informations sur le milieu de travail englobaient
     - la nature du poste (ex. : *actif de avril à novembre*),
     - le contexte organisationnel (ex. : *les normes de sécurité ne sont pas respectées, beaucoup de blessés à cause de mauvais équipements*),
     - les relations interpersonnelles avec les supérieurs et les collègues (ex. : *conflit avec son supérieur, milieu où il y a beaucoup de pression*),
     - la facilité d'accès au milieu de travail (ex. : *il faut le feedback de la CSST avant que l'ergonome aille en milieu de travail*).

  b) Les informations sur les tâches de travail concernaient
     - les postures (ex. : *sur-utilisation du poignet dans la couture du jeans, debout et immobile: dur pour le dos*),
     - les déplacements et manipulations (ex. *: transporter les pierres de 400 lbs à 4 personnes, aide technique pour les charges*),
     - le matériel et l'équipement (ex. : *utilise une scie sans garde*),
     - la nature des activités (ex. : *travail polyvalent*) et
     - les conditions de travail (ex. *: chaleur, poussières*).

3.2.2. La proposition d'action

À la suite de la collecte d'informations, le processus de décision se poursuivait et pouvait être différencié en deux catégories soit le mode de prise de décision et le type de décisions prises par l'équipe.

3.2.2.1 Mode de prise de décision

Le mode de prise de décision était relié à la recherche de consensus de l'équipe. Le processus de prise de décision, souvent guidé par la coordinatrice ou un des leaders du groupe, comportait plusieurs caractéristiques qui revenaient très régulièrement dans les réunions d'équipe : a) la

clarification, b) le rappel des valeurs, c) les options possibles et d) les périodes d'incertitude.

a) La **clarification** pouvait concerner
   - la distribution ou l'exécution des tâches (ex. : *je pense que c'était toi qui devait contacter la conseillère, l'évaluation ergonomique a-t-elle été faite?*),
   - les notions reliées à l'état de santé du travailleur (ex. : *on se questionnait face à l'algodystrophie, la vibration peut-elle augmenter les symptômes d'inflammation?*),
   - les informations relatives au travailleur ou au milieu de travail (ex. : *la validation est-elle faite auprès de l'employeur?, il est rendu où dans son RTT*) et
   - la compréhension d'éléments de situation (ex. : *plateau de travail*[3] *et après limitations fonctionnelles ou limitations fonctionnelles et réorientation*).

b) **Rappel des valeurs** : Il sera vu à la section 3.4 que les décisions de l'équipe étaient guidées par un certain nombre de valeurs qui lui étaient propres. Ces valeurs étaient régulièrement rappelées par les membres de l'équipe pour justifier leurs propositions de décisions.

c) **Options possibles** : L'équipe hésitait entre plusieurs options possibles avant d'en choisir une (*ex. : aller chez l'ancien employeur et échec ou lui trouver un plateau de travail rapidement*).

d) **Périodes d'incertitude** : Les périodes d'incertitude de l'équipe étaient généralement secondaires à des informations contradictoires, au fait que les informations n'étaient pas centralisées ou à un manque d'informations relatives au travailleur (son état, la nature de son travail), aux tâches effectuées ou à effectuer ou aux relations avec les partenaires. Les membres de l'équipe cherchaient ici à connaître, comprendre et expliquer. La prise de décision consensuelle était rendue impossible faute d'éléments clairs sur lesquels se baser (ex. : *on ne connaît pas la cause de son enflure actuelle, le travailleur dit qu'il est compétent alors que l'employeur dit que le travailleur est incompétent*). Ces périodes d'incertitude rallongeaient les discussions et retardaient généralement le processus de décision.

3.2.2.2 Le type de décisions prises par l'équipe

Comme les informations recueillies et discutées, les décisions prises par l'équipe étaient relatives au travailleur, aux partenaires externes et à l'environnement de travail.

a) Vis-à-vis du travailleur, l'équipe proposait des actions
   - de type thérapeutique (ex. : *exercices musculaires et cardio-vasculaires, faire une journée d'immersion en milieu de travail, alternance de tâches*),
   - de type éducatif (ex. : *enseignement sur la douleur, sur les techniques de travail*),
   - de type administratif (ex. : *trouver stage de formation, chercher un nouvel employeur*) et

---

[3] Un plateau de travail consiste en un milieu réel de travail dans lequel la personne exécute des tâches de travail qui reproduisent dans la mesure du possible le travail présumé (emploi habituel de l'individu lorsqu'il est actif dans le marché du travail).

- de type évaluatif (ex. : *évaluation des capacités physiques, évaluation psychologique*).

Également l'équipe essayait d'éviter certaines actions considérées comme inappropriées. Ainsi, elle tentait d'éviter des actions brutales ou précipitées dans la démarche de réadaptation (ex. : *cesser certains exercices, éviter une activation forte et brutale*). Cependant, elle préconisait donner au travailleur des messages

- de responsabilisation (ex.: *le pouvoir de progrès est entre tes mains*),
- de démystification de la douleur (ex. : *c'est normal que la douleur soit présente*),
- des explications sur son état (ex. : *la tolérance est plus basse en milieu de travail, le stress est plus une cause que la mécanique*),
- sur la réalité de la situation (ex. : *il ne peut pas retourner chez son ancien employeur*) et
- sur les procédures (ex. : *tu arrives à l'heure et tu pars à l'heure*).

Également l'équipe décidait d'aider le travailleur en lui adressant des messages

- de valorisation (*ex. : miser sur le fait qu'il est spécialiste dans son domaine*),
- d'éducation sociale (ex. : *tu ne dis pas ça à n'importe qui*),
- de rassurance (ex. : *inquiète-toi pas, l'enflure c'est normal ça va s'en aller avec le temps*),
- de confrontation (ex. : *vous n'écoutez pas et vous « crochissez »*) ou
- de négociation (*ex. : si tu peux, on augmente*).

b) L'équipe prenait de très nombreuses décisions d'actions vis-à-vis divers partenaires externes (agent de la CSST, médecin, professionnel de la santé, interprète, fournisseur de matériel, conseiller en stages, avocat, membre de la famille du travailleur, employeur, responsable syndical, etc.). Également, elle agissait de différentes façons (par téléphone, télécopieur, la poste, en face-à-face) dans le but de leur fournir de l'information, d'obtenir des autorisations, de faire accélérer les démarches ou de rassurer les partenaires (ex. : *téléphoner au médecin pour accélérer la procédure, voir l'employeur pour les postes disponibles, vérifier auprès de la CSST l'impact d'un changement d'emploi*). Parfois, il s'agissait au contraire d'éviter des actions qui semblaient inappropriées (ex. : *ne pas contacter le médecin avant d'avoir quelque chose de pertinent, ne pas faire d'entente si l'emploi n'est pas déterminé*).

c) Les décisions de l'équipe vis-à-vis l'environnement de travail concernaient

- l'adaptation du travailleur (ex. : *changer les mouvements du poignet au sablage, changer les amplitudes*),
- l'évaluation ergonomique (ex. : *visites chez les fournisseurs sont prévues et des mises à l'essai, il faut le feedback de la CSST avant que l'ergonome aille en milieu de travail*),
- l'adaptation des tâches de travail (ex. : *aide technique pour les charges, 3 paliers au lieu de 2 sur les échafaudages pour qu'il se penche moins, alterner les tâches avec vibration/ sans vibration)* et
- l'organisation du travail (ex. : *travail sur les durées (15 minutes à la fois)*).

3.2.3 Aspect temporel de l'intervention

Cette partie des discussions de l'équipe concernait la répartition du temps du travailleur dans les diverses taches dans lesquelles il était impliqué dans le centre de réadaptation et dans son milieu de travail (ex. : *1 heure en ergo + 1 1/2 heure en kiné + 2 cours, 2 jours en clinique + 3 fois 4 heures au travail*). L'agenda concerne aussi l'organisation des rendez-vous des membres de l'équipe interne et les partenaires externes (ex. : *peux-tu la voir cet après-midi? Non, mardi prochain; le médecin verra le travailleur à la fin janvier à son retour de vacances*).

3.2.4. Modèles de prise de décision

L'objectif premier de cette étude était de comprendre le mode de décision d'une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail appliquant le programme de retour thérapeutique au travail. Les résultats énoncés ci-dessus nous permettent de tracer deux types de processus de décision : la décision de routine et la décision problématique.

La décision de routine est associée aux décisions sans surprise, attribuées à des états, événements ou autres éléments dont les conditions antécédentes et l'évolution étaient bien connues comme l'est l'impact des actions thérapeutiques et les dispositions requises pour assurer le contrôle des circonstances. La figure 2 illustre le cheminement de ce type de processus décisionnel. Une information est interprétée par un ou des membres de l'équipe à l'aide du système de valeurs du groupe et des caractéristiques des disciplines. L'état et/ou les capacités du travailleur sont tenus en compte. Rapidement, une action est déterminée. Cette action est réalisée sans qu'il y ait questionnement. Par exemple, la travailleuse est fatiguée et l'équipe croit que c'est parce qu'elle est déconditionnée physiquement. Une intervention en kinésiologie sera entreprise dans le but d'améliorer sa condition physique.

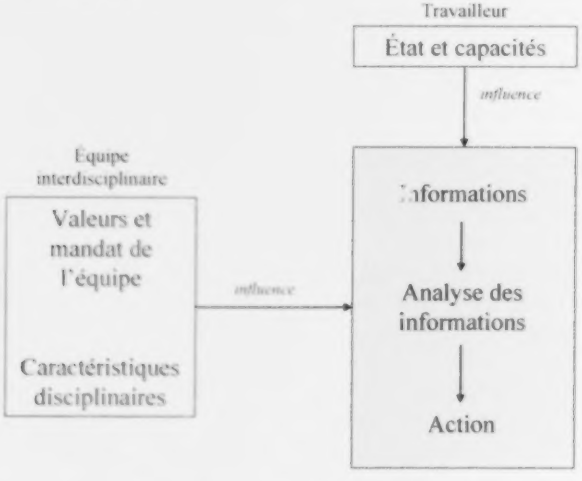


Figure 2 : La décision de routine

La décision problématique était reliée à des situations qui étaient en partie ou totalement hors de contrôle et qui présentaient de multiples facteurs d'influence intervenant de façon très complexe. La figure 3 présente ce type de cheminement décisionnel.

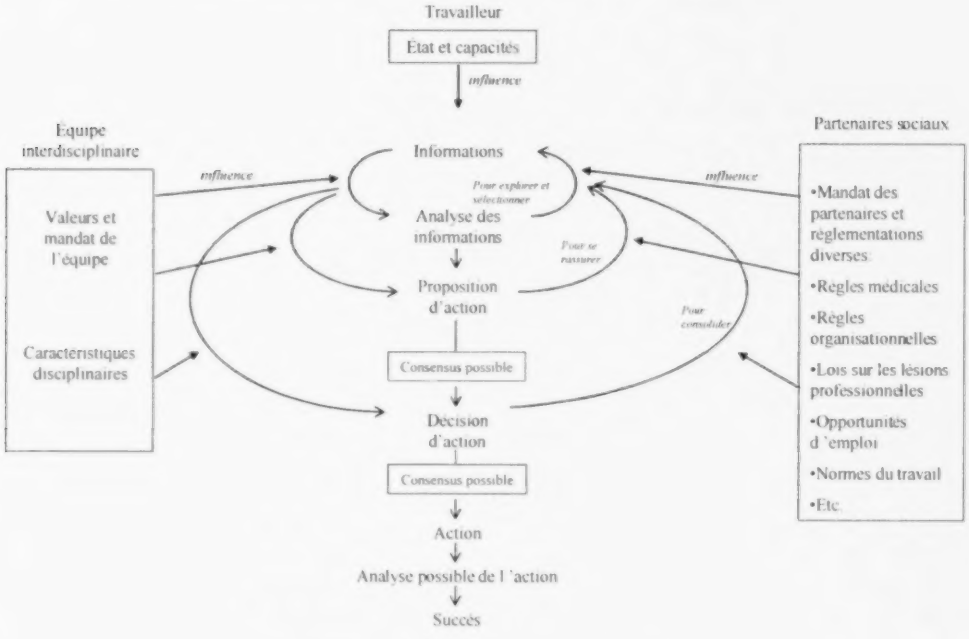


Figure 3 : Décision problématique

Des informations sont apportées à l'équipe. Ces informations sont analysées. D'autres informations arrivent lesquelles, à leur tour, sont analysées. Il y a un va-et-vient constant entre l'arrivée d'informations et leur analyse. Ces deux éléments se présentent comme inséparables et forment une première étape de ce processus décisionnel. Cette étape assure l'exploration et la sélection des informations. Celles-ci sont toujours reliées directement ou indirectement à l'état et aux capacités du travailleur. Un des membres de l'équipe fait ensuite une proposition d'action. Il s'agit souvent du leader du groupe. Les membres de l'équipe retournent aux différentes informations déjà explorées ou à de nouvelles informations dans le but de confronter la proposition aux réalités dans une seconde étape de la discussion. Lorsque le groupe est rassuré sur la portée positive de la proposition, il s'ensuit une décision d'action. Le consensus peut se situer entre la proposition d'action et la décision d'action. Mais même à ce stade, les membres de l'équipe sentent le besoin, dans une troisième étape de retourner dans la boucle information-analyse des informations, dans un but de consolidation. Ils y retournent aussi pour convaincre parfois les personnes qui n'avaient pas fait partie du consensus à l'étape précédente. Le consensus peut donc se situer entre la décision d'action et l'action. Ce consensus n'est pas toujours total mais lorsqu'il y a absence d'opposition ou qu'une opposition est émise par un seul membre, l'action est généralement réalisée. Autrement dit, une fois la rassurance et la

consolidation réalisées, dans une quatrième étape, l'équipe semble prête à passer à l'action.

Ce processus était influencé par les valeurs de l'équipe du groupe, les caractéristiques disciplinaires, les normes et réglementations et les opinions et actions des partenaires sociaux. Ces influences jouaient sur toutes les boucles du processus.

Ajoutons qu'une décision au départ, de routine, pouvait devenir hautement problématique. En effet, dans un cas par exemple, il s'est avéré que le reconditionnement physique n'a pas résolu le problème de fatigue de la travailleuse. D'autres informations sont survenues pour expliquer son niveau de fatigue : difficultés familiales, pression au travail, etc. Si l'équipe avait pris en compte, dès le départ, les données reliées aux partenaires sociaux, aurait-elle été plus efficace? Finalement, dans le cas de cette travailleuse, il a été décidé par l'équipe que l'intervention serait cessée pour lui permettre de récupérer.

3.3. Question B : Les facilitateurs et obstacles au consensus et au retour au travail

3.3.1. La recherche de consensus dans la prise de décision

La décision en équipe est évidemment plus complexe que la décision individuelle car elle doit représenter une synthèse des opinions des membres de l'équipe à laquelle ils doivent ensuite tous adhérer. En outre, l'équipe recherchait à faire adhérer le travailleur et les partenaires externes à ses recommandations, ce qui demandait un élargissement du consensus dans l'objectif de permettre l'action. L'analyse des discours a donc recherché les facteurs contributifs et les obstacles au processus de décision consensuelle.

Le consensus pouvait survenir à l'intérieur de trois groupes différents: 1) entre les membres de l'équipe interdisciplinaire, 2) entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et le travailleur, 3) entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et les partenaires sociaux.

La notion de consensus englobe l'accord. Cinq conditions qui facilitent cet accord ont été identifiées: a) l'explication claire, b) la rassurance, c) les croyances semblables, d) le partage de faits et e) les arguments concernant l'atteinte de l'objectif.

a) **L'explication claire** fait référence aux situations dans lesquelles une personne fournit aux autres un éclaircissement. Ce dernier a trait aux actions ou aux attitudes à adopter envers le travailleur ou les partenaires sociaux. Cette explication comprend les conséquences des actions ou des attitudes ou encore les besoins à la source des actions. Cette explication pouvait survenir n'importe quand dans le processus décisionnel.

b) **La rassurance** apparaît lorsqu'une personne souligne les conséquences bénéfiques ou non nuisibles des actions et que cela a pour effet de rasséréner les autres. Par exemple, au départ, l'équipe avait des craintes à agir, mais suite à l'intervention, elle se sentait prête à aller de l'avant. Cette condition avait tendance à survenir au début du processus décisionnel.

c) **Les croyances semblables** se manifestaient quand les membres du groupe partageaient les mêmes opinions. Celles-ci se rapportaient aux particularités de l'intervention, telles que des actions à poser, des attitudes à adopter et des autorisations à obtenir. Tous

croyaient que l'action discutée était celle qui devait être accomplie et que ces actions apporteraient une conséquence en particulier. Les opinions n'étaient pas reliées seulement aux particularités de l'intervention, mais aussi à la philosophie sous-jacente. Les croyances semblables survenaient surtout au début et au milieu du processus décisionnel.

d) **Le partage de faits** se présentait lorsque les personnes faisaient les mêmes observations et obtenaient les mêmes résultats. Cette condition s'appliquait aussi lorsque les personnes détenaient les mêmes informations. Les faits pouvaient se rapporter à deux situations: l'état et l'évolution du travailleur et le déroulement de l'intervention. Cette condition survenait tout au long du processus décisionnel.

e) **Les arguments concernant l'atteinte de l'objectif** (le retour au travail) apparaissaient aussi n'importe quand dans le processus décisionnel. Ce facteur entrait en jeu lorsqu'une personne expliquait aux autres les conditions de réussite du retour au travail. Elle faisait alors appel à un plan d'action et à ses conséquences possibles. Elle pouvait même à l'occasion suggérer la rupture des règles de conduite habituellement suivies en justifiant que le résultat prévu serait positif. Ce facteur était en quelque sorte une explication claire mais dont le contenu avait trait directement et spécifiquement au retour au travail.

Deux des conditions citées ci-haut ne nécessitaient pas d'efforts de persuasion: les croyances semblables et le partage de faits. Les personnes étaient en accord parce qu'elles détenaient les mêmes informations, partageaient la même idéologie et reconnaissaient les mêmes valeurs. L'accord n'avait pas à être négocié; il était gagné d'avance.

Dans le cas du partage de faits, les personnes se ralliaient à la réalité. Un seul choix semblait possible. Par exemple, le fait que le travailleur se soit rendu sur les lieux du travail pour une durée de 21 heures dans la semaine précédente ou le fait qu'il soit ralenti sur le plan psychomoteur n'est pas source de désaccord. Il en allait autrement pour le cas des croyances semblables pour lequel plus d'un choix semblait possible. En effet, pour croire à la même chose, il a fallu d'abord trier, faire une sélection entre plusieurs valeurs. Le choix se fondait alors sur des croyances communes, facilitant le consensus. Ce choix réfère à ce que nous avons appelé les valeurs, point qui sera abordé à la section 3.4.

L'explication claire, la rassurance et les arguments concernant l'atteinte de l'objectif, contrairement aux deux conditions examinées plus haut, impliquent des efforts de persuasion en terrain neutre ou conflictuel. Ainsi, la naissance de la décision collective n'est pas toujours sans embûche. Ces embûches, qui pouvaient se présenter sous la forme de désaccords, de contradictions, d'incertitudes ou de conflits au sein du groupe, faisaient aussi partie du consensus. Nous en avons identifié quatre: 1) les croyances différentes, 2) les faits différents, 3) les priorités différentes et 4) la confusion.

a) **Les croyances différentes** se trouvent à être l'envers de la médaille des croyances semblables. Cette condition se produisait quand les personnes du groupe avaient des opinions différentes sur les particularités de l'intervention (ex. : actions à poser, attitudes à adopter, autorisations à obtenir, conséquences des actions, caractéristiques des

partenaires sociaux, philosophie d'intervention, valeurs sous-jacentes à l'intervention, etc). La condition « croyances différentes » pouvait survenir n'importe quand dans le processus décisionnel.

b) **Les faits différents** se présentaient comme l'opposé du partage des faits. Cette condition apparaissait lorsque les personnes détenaient des informations différentes ou lorsque les résultats de leurs observations divergeaient. Ces faits pouvaient se répartir en trois catégories: 1) état et évolution du travailleur, 2) particularités de l'intervention, 3) caractéristiques des acteurs ou environnements extérieurs (ex. : actions ou décisions des partenaires sociaux, nature ou historique du milieu de travail du travailleur, etc.). N'importe quand dans le processus décisionnel, les personnes pouvaient rapporter des faits différents qui inhibaient le consensus.

c) La condition **priorités différentes** référait à des actions ou à des attitudes qui revêtaient un degré d'importance différent pour les personnes du groupe. Ainsi, une personne pouvait fortement recommander une rencontre avec un membre de la famille, mentionnant qu'il était essentiel de connaître sa position face au travailleur alors qu'un autre membre du groupe considérait que cette démarche serait inutile. Cette condition, reliée directement à l'intervention, apparaissait dans les trois temps du parcours décisionnel: au début, au milieu et à la fin.

d) **La confusion** surgissait quand les membres du groupe étaient aux prises avec un manque d'information ou quand ils détenaient des informations embrouillées, douteuses ou incertaines ou quand la mémoire démontrait des défaillances. La confusion pouvait exister relativement aux rôles des membres de l'équipe interdisciplinaire, à ceux des partenaires sociaux, aux options offertes par l'employeur du travailleur, à l'identification du travailleur ou aux actions recommandées par l'équipe. Elle pouvait apparaître n'importe quand dans le processus, mais elle se rencontrait surtout au début.

3.3.2. L'influence du processus décisionnel sur le retour au travail

L'analyse des discours de l'équipe a permis de dégager la perception de l'équipe des déterminants favorisant le retour au travail. Ils sont détaillés ci-dessous.

a) **La progression**. Cette condition semblait faciliter le retour au travail. Elle se présentait sous trois formes. Premièrement, au niveau de l'endroit: le pré-RTT qui a lieu en clinique, sur un plateau de travail après une période en clinique ou sur un plateau après un stage de formation, précède le RTT qui a lieu en milieu de travail. Deuxièmement, au niveau du développement des capacités et des activités: l'équipe favorisait des activités qui allaient du simple au complexe, du facile au difficile (ex. : *exécuter un mouvement sans poids puis avec poids, lever de petites charges puis de grandes charges*). Troisièmement, au niveau des messages donnés: l'équipe informait le travailleur ou l'employeur que les choses doivent se faire progressivement, graduellement et tranquillement. Cette condition est apparue dans le premier deux tiers des parcours.

b) **Le dosage**. Le dosage n'avait lieu qu'entre les membres de l'équipe interne et avec le travailleur. Il survenait quand une quantité de quelque chose (ex. : *exigences des tâches*

de travail, repos, temps en clinique) devait être ajustée. Par exemple, l'équipe décidera de donner des messages particuliers pour tenter de prévenir un affect dépressif, permettra à un travailleur de quitter plus tôt ou recommandera plus de temps en relaxation devant un degré élevé de fatigue. Cette condition n'est apparue qu'au milieu des parcours.

c) **La collaboration du médecin.** Cette condition a d'abord semblé se limiter à l'autorisation fournie par le médecin de commencer et/ou de poursuivre la démarche de l'équipe interne. D'ailleurs, la majorité des codes se retrouvaient dans cette acception. Il y avait des degrés de collaboration. Si l'autorisation arrivait rapidement dans le processus, la collaboration semblait être jugée plus élevée. Aussi, il a été noté que l'autorisation pouvait être accompagnée du retrait du médecin traitant, s'il n'était pas en accord avec la démarche mais que le travailleur voulait la poursuivre. Cette autorisation semblait vue, jusqu'à un certain point, comme une collaboration puisqu'elle rassurait l'équipe, tout en étant vue comme un manque de collaboration puisque le travailleur était laissé sans soutien médical. Un autre sens de la collaboration du médecin est apparue dans les données: la confiance en l'équipe interne et la compréhension par le médecin du programme de cette équipe. La première signification de cette condition s'est manifestée au début des trajets alors que la deuxième est apparue en tout temps.

d) **La collaboration de la CSST**. La collaboration avec la CSST se situait à trois niveaux:
   1) les actions posées par la CSST (ex. : *retourne les appels, se montre présent auprès du travailleur, conseille de changer de milieu de travail et cette décision s'avère un succès*),
   2) l'échange avec l'équipe interne (ex. : *en accord avec les propositions de l'équipe, coupe les revenus lorsqu'il y a absentéisme*) et
   3) la continuité de la démarche de l'équipe (ex. : *donne autorisation pour continuer, accepte qu'il y ait limitations fonctionnelles pour permettre une implication dans d'autres tâches*). Cette condition est apparue surtout au deux tiers des parcours et parfois à d'autres moments (1/3, 1/2, début, fin).

e) **La collaboration de l'employeur.** La collaboration avec l'employeur était définie par son ouverture. Celle-ci revêt deux formes. Premièrement, l'attitude: l'employeur se montrait accueillant et compréhensif. Il encourageait le travailleur dans ses efforts (ex. : *malgré la blessure du travailleur, il est prêt à le « reprendre », il est sensible à l'ergonomie et à la santé/ sécurité au travail*). Deuxièmement, les actions: il prenait en considération les recommandations de l'équipe et les effectuait (ex. : *il fait des ajustements pour faciliter la réussite du retour au travail et il est d'accord pour qu'il y ait de nouveaux outils dans son milieu de travail*). Notons que cette collaboration de l'employeur pouvait être mitigée lorsqu'il s'agit d'un nouvel employeur. Ce dernier pouvait se montrer compréhensif et accueillant en autant que la CSST payait pour le travailleur. Après, la situation pouvait être différente. La condition « collaboration avec l'employeur » est apparue à divers moments dans le premier 2/3 des parcours.

f) **La collaboration sur les plateaux de travail.** Les gens des plateaux de travail se montraient ouverts à recevoir un travailleur et à continuer avec lui. Ils se montraient sympathiques. Ils pouvaient encourager le travailleur. Des tâches étaient rendues

disponibles. Il y avait même parfois possibilité d'embauche. Cette condition est apparue dans la dernière moitié des trajets.

g) **Le temps.** Cette condition est composée de deux éléments: 1) le temps de l'équipe (ex. : *plus de temps permet de trouver un stage, d'insérer le travailleur dans les chantiers qui n'ouvrent que dans un mois; moins de temps peut aussi être positif pour permettre d'insérer rapidement dans le milieu de travail et pour éviter rechutes*) et 2) la nature de l'emploi (ex. : *il y a beaucoup de travail en construction cette année, c'est très occupé*). Cette condition s'est manifestée dans le premier 2/3 des trajets.

h) **Le désir du travailleur**. Cette condition se rapporte soit à la démarche de l'équipe, soit au retour au travail. Vis-à-vis de la démarche de l'équipe, ce code a été appliqué sur deux plans: 1) l'entrée dans l'équipe (ex.: *il se dit intéressé et disponible, il se montre prêt à venir*) et 2) le niveau de participation, une fois entré dans l'équipe (ex. : *il est d'accord avec la démarche et s'implique bien, il accepte les plans proposés, il participe bien*). En ce qui concerne le retour au travail, deux possibilités se sont montrées: 1) la valorisation du travail (ex. : *aimer son travail, se projeter au travail, bien s'impliquer dans les tâches de travail et parfois trop même*) et 2) le travail pour éviter autre chose (ex. : *accepter de travailler pour éviter l'ennui, être tanné d'être à rien faire*). L'ambivalence a également été insérée dans cette section (ex. : *hésiter entre le travail et la maison*). La condition désir est apparue en tout temps avec une tendance à se manifester au début et à la fin des trajets.

i) **Les capacités du travailleur**. Les capacités du travailleur se situent sur trois plans:
   - les capacités physiques (ex. : *complétude des mouvements, force musculaire, mobilité, flexibilité, forme physique, rythme d'exécution des tâches, réappropriation et utilisation de la partie blessée du corps, endurance)*,
   - les capacités psychiques et cognitives (ex. : *bonne humeur, optimisme, confiance en soi et en l'avenir, absence d'anxiété, motivation, ouverture face aux nouveautés, bonne capacité d'abstraction, bon sens de l'analyse*) et
   - les capacités reliées spécifiquement au travail (ex. : *pas de grands écarts entre les capacités et les exigences du travail, bonnes compétences dans le domaine de travail, atteinte des objectifs reliés au retour au travail*). Cette condition pouvait se manifester en tout temps mais elle avait tendance à apparaître dans la première moitié des trajets.

j) **La confiance**. Ce code a été appliqué quand les membres de l'équipe interne sentaient que le travailleur avait confiance en eux, qu'il les voyait comme des alliés (malgré, parfois, des remarques non positives de la part du médecin traitant). Le fait que le travailleur parlait librement avec les gens de l'équipe était considéré comme une marque de confiance. Cette condition est apparue surtout au milieu des parcours.

k) **La positivité.** L'équipe interne était positive face au cheminement du travailleur et à l'atteinte de l'objectif du retour au travail (ex. *: Le travailleur est considéré comme « un bon cas »)*. L'équipe s'appuyait sur des expériences semblables antérieures, sur l'amélioration de l'état et des capacités du travailleur, sur la rétroaction reçue, par

exemple, de l'employeur. L'équipe s'exprimait ainsi: *j'ai espoir, il y a de bonnes chances, on va réussir, je n'ai pas d'inquiétude, c'est un bon pronostic, je suis positif, on y croit (au RTT), ça va très bien.* Cette condition pouvait apparaître en tout temps mais surtout dans la première moitié.

Ainsi, l'équipe semblait constater que la motivation des divers acteurs à trouver des moyens de croire dans le retour au travail et à le faciliter était un élément-clé qui déterminait le succès de la démarche vers ce retour au travail. Très peu d'éléments reliés aux capacités physiques ont été retrouvés.

3.4. Question C : Les valeurs sous-tendant le processus de décision de l'équipe

Les valeurs ont été considérées comme des guides partagés par les membres de l'équipe permettant de justifier les comportements et les décisions issues de ces comportements. Dix valeurs ont émergé des données provenant des discussions de l'équipe, revenant régulièrement et renforcées par les leaders de l'équipe. Ces valeurs ont été classées en quatre catégories : 1) les valeurs propres à l'équipe, 2) les valeurs que l'équipe voudrait voir chez ses partenaires, 3) les valeurs qu'elle voudrait que le travailleur partage et 4) les valeurs plus générales qui influencent l'intervention. Ces valeurs sont décrites ci-dessous.

3.4.1. Valeurs propre à l'équipe

- Unité et crédibilité de l'équipe

Les membres de l'équipe pensaient que l'unité de l'équipe et sa crédibilité étaient des facteurs clés pour permettre des actions appropriées à l'objectif de réadaptation et pour favoriser l'adhésion du travailleur aux décisions qu'elle prenait.

Exemple :
G: Là, en tout cas, il va falloir tricoter serré notre affaire, parce qu'on est déstabilisé comme équipe là, puis ça met pas en doute rien de vos compétences à D et S, mais elle a commencé une démarche avec B et C, c'est déjà fragile, puis là, on change d'intervenants. Je pense que va falloir que S et D travailliez très, très étroitement avec A, qui est la gestionnaire là, puis si on a besoin de se rencontrer souvent, faudra pas hésiter à faire des rencontres bilan avec la travailleuse...

- Rassurance des membres de l'équipe

Pour pouvoir délivrer en confiance des messages rassurants au travailleur, les membres de l'équipe avaient besoin de se rassurer eux-mêmes sur la condition du travailleur.

Exemple :
K: C'est tu quelqu'un qui a été évalué en psy, ça?
G: Non. Il va être évalué.
K: OK.
B: On compte sur toi (K), parce que l'aspect psychologique dans ce cas là, je pense que c'est primordial, sinon central.
F: Si c'est pas le soutien au travailleur, ça va être le soutien à l'équipe.

- Message unique

Les membres de l'équipe pensaient que les chances de succès du programme étaient meilleures si chaque membre délivrait les mêmes messages au travailleur sur son état. En conséquences, les actions étaient planifiées pour délivrer un message unique.

Exemple :

F: Moi, je vais faire un suivi serré, puis qu'on refasse les boucles ensembles, puis qu'on ait vraiment un discours unique, en souhaitant que le médecin adhère dans ce même discours là, puis que tout le monde, on frappe le clou.

3.4.2. Valeurs attendues chez les partenaires

- Collaboration avec les partenaires

Les membres de l'équipe croyaient que le partenariat était une approche gagnante. En réalité, ce partenariat ressemble à de la coordination de soins. D'un côté, les relations avec les divers acteurs sociaux reliés à l'incapacité (médecin, conseiller de la CSST, personnel de l'entreprise) étaient vues favorablement si ces acteurs étaient favorables aux recommandations de l'équipe. Mais d'un autre côté, ces relations étaient perçues comme des contraintes si elles entravaient les décisions de l'équipe car elles faisaient obstacles à la réalisation de ses objectifs.

Exemple :

G: Donc, la prochaine étape peut-être qu'on est mieux de rencontrer la conseillère [...] Il faut surtout que cela soit entre ses mains à lui parce que là c'est nous qui faisons la réadaptation pour lui. Là tout est en place, on a un plateau de travail, on a le ok du médecin, on a le ok de la conseillère pour 4 semaines. On n'a aucun signe objectif, alors je pense que là c'est à lui de décider.

- Rassurance des partenaires

De même, les membres de l'équipe pensaient que de rassurer l'employeur ou le médecin traitant sur la condition du travailleur accroîtrait sa collaboration au programme, permettant d'atteindre les objectifs de l'équipe.

Exemple :

H: ...le scanner a montré une hernie discale... C'est écrit. Le médecin est très inquiet. Alors je pense le médecin a transmis l'inquiétude au patient.
F: Alors plutôt que de voir le travailleur, je vais voir le médecin la semaine prochaine...ça serait une bonne idée.
H ...faut faire de la grosse rassurance, que j'ai commencée d'ailleurs, en lui envoyant immédiatement une lettre en disant : oui, il y a une petite hernie mais c'est pas grave. Et ça le rassure.

- Message unique

Comme pour les valeurs propres à l'équipe, les membres pensaient également que les chances de succès du programme étaient meilleures si les partenaires délivraient les mêmes messages au travailleur.

Exemple :
G: Mme est en pré-RTT chez nous. Elle est à sa 3e semaine de 4. Lors de la dernière réunion, on s'était questionné sur la possibilité de 2 discours ou 2 orientations professionnelles. Donc, il y avait un feedback qui devait se faire auprès du conseiller pour rassurer et ré-enligner vers un seul discours, c'est-à-dire celui du retour au travail régulier. Donc, ça, c'était important.

3.4.3. Valeurs attendues chez le travailleur

- Motivation interne du travailleur

Les membres de l'équipe pensaient qu'ils devaient encourager le travailleur à faire des efforts par lui-même, en se prenant en main, car ceci leur semblait un facteur important pour la réussite du programme. L'autonomie et l'affirmation de soi étaient interprétées comme des signes de forte motivation.

Exemple :
D: Je le vois, il s'est fixé des objectifs là, lui-même, personnels, il a dit « ah, bon, faut que je sois capable de poser à peu près 1000 briques », parce que c'est avec des briques qu'on travaille, on en fait à peu près 800 à 1000 dans une journée, puis ça commence, des briques au sol, des briques à hauteur de taille, des briques au-dessus des épaules, tout ça, il a commencé, puis il s'est « targetté » ça de lui-même. Il me l'a dit hier, puis il est pro actif aussi.

- Adhésion du travailleur au programme

Les membres de l'équipe pensaient que l'adhésion aux exigences du programme était un facteur déterminant du succès. Cette adhésion se reconnaissait à une collaboration et une participation satisfaisante aux activités prescrites et à une attitude positive. Il semblait aussi important que le travailleur et l'équipe pensent de la même manière, qu'ils deviennent des alliés par le développement d'une relation de confiance. L'équipe utilisait des expressions comme : « il semble nous adopter » ou « il achète le programme ». L'équipe travaillait à renforcer cette adhésion lorsqu'elle la sentait décliner.

Exemple :
C: C'est dans le sens du message que l'on donne. [...] Il y a quand même un lien de confiance d'établi et nous on est capable de lui dire: oui, oui, c'est normal, ce n'est pas grave et je pense qu'elle nous suit là-dedans mieux qu'elle nous suivait au début.

- Réactivation du travailleur

L'équipe croyait que l'inactivité était néfaste et à risque d'accroître l'anxiété du travailleur. De plus, l'équipe pensait que des activités normales devaient être reprises même en cas d'anomalie résiduelle (ex. : protrusion discale). L'équipe pensait que des problèmes de santé semblables ne devaient pas empêcher de réussir le retour au travail.

Exemple :
B: Il y a des choses cliniques que j'observe, il est super déconditionné ce monsieur là, puis bonne inhibition aussi. Ça va pas vite. Et effectivement, il a un côté qui est douloureux. C'est pas juste le dos, c'est... on dirait que c'est tout ce qui travaille... quand il travaille avec le membre supérieur gauche, ça lui fait mal.

- Rassurance du travailleur

Les membres de l'équipe pensaient que le retour au travail était d'autant plus probable que le travailleur était rassuré sur sa condition. En conséquence, elle donnait la priorité aux actions visant à rassurer le travailleur, telles que minimiser des informations perçues comme inquiétantes par le travailleur sur sa condition physique ou donner de l'éducation appropriée.

Exemple :

F:...compte tenu de l'étiquette, ou du moins des inquiétudes qui avaient été transmises ... quand je l'ai rencontré, je l'ai beaucoup rassuré sur le fait qu'il n'y avait pas de signes de gravité, mais on a quand même acquiescé de faire un scan parce que c'est un monsieur, je pense, qui est resté accroché là-dessus... J'ai commencé à faire de l'éducation auprès de lui, puis ce n'est pas parce qu'on a une hernie discale qu'on a nécessairement un problème grave puis qui va nous empêcher de reprendre nos activités habituelles.

E: Oui. Puis il pouvait même l'avoir avant l'accident. C'est ça qu'ils ne savent pas. C'est qu'ils ont de l'exacerbation douloureuse.

3.4.4. Valeurs générales

- Les interventions doivent être progressives

L'équipe croyait que les interventions devaient être progressives de manière à respecter les adaptations physiologique et psychologique survenant lors du processus de réadaptation. Par exemple, la difficulté des tâches et le temps passé au travail devaient être progressivement augmentés. Elle pensait qu'il fallait progresser du simple au complexe, du facile au difficile, du moins exigeant au plus exigeant.

Exemple :

E: Il est favorable... En fait, ce qui l'inquiète beaucoup, c'est le rendement qu'on connaît dans les chantiers qui est exigé. Mais lorsque je l'ai recadré en disant « écoutez, vous savez, le retour au travail, ça se fait progressivement », On lui a sûrement dit plusieurs fois que ça se ferait graduellement, mais lui il se voyait là « bien, je suis pas capable de faire ma semaine là, mes 8, 10 heures de travail ». Je lui disais « bien ça va être progressif, et puis, vous savez, vous avez de l'expérience, vous pouvez superviser, vous allez voir avec D, vous allez pouvoir doser votre travail », puis ça, c'était pas acquis. Pour lui, fallait qu'il y ait un « end-point », une finalité, «j'ai plus de douleur, donc je retourne au travail ». On l'a sûrement dit, mais faut répéter.

- La douleur est un phénomène multidimensionnel et doit être contrôlée activement

Les membres de l'équipe pensaient que des facteurs psychosociaux comme le stress ou l'anxiété secondaires à des évènements difficiles dans la vie du travailleur pouvaient augmenter la douleur physique. En conséquence, ils dirigeaient des actions envers ces facteurs psychosociaux pour permettre de réduire ainsi la douleur.

Exemple :

E: Avec le Zanax ou au lieu de, je ne sais pas quelque chose comme l'Elavil, ou quelque chose de semblable qui aurait un effet semblable mais qui agirait un petit peu... juste l'aider un petit peu à se distancer de la douleur. Parce qu'il n'est pas souffrant dans mon bureau de douleur. Je le sens souffrant de plein de choses.

H: C'est de la souffrance plus que de la douleur.

F: Oui. C'est pour cela que moi, l'intensité de la douleur, il n'accordait tellement pas d'importance. Il n'y a pas de signe objectif de la douleur.
H: Il souffre de la vie.

L'équipe pensait aussi qu'elle devait donner des outils au travailleur pour contrôler sa douleur. Cela entraînait de ne pas écouter passivement un travailleur centré sur sa douleur ou agissant comme une victime.

Exemple :
D: Douleurs exacerbées hautement, cette semaine, au niveau du cou, de la nuque, côté gauche, on dirait que c'est comme dans la région du sterno-cleido-mastoïdien, sensation de pulsations, de lourdeur de tout le bras... Elle a bien, bien, bien mal. C'est curieux, on a fait le RTT, cette semaine, on a fait 4 heures. Pendant le RTT, ça allait assez bien, quand même, elle se plaignait quand même d'une douleur à la nuque, mais comme ça a toujours été, ici. Puis on l'a réactivée, puis on a des progrès, alors...on a des progrès, on la rassure avec ça.

Bien que la douleur motivait l'admission au programme de réadaptation et l'absence du travail, l'équipe ne considérait pas cela comme un prétexte valable justifiant l'inactivité.

Exemple :
G: Ma question là c'est « est-ce que devant l'impuissance qu'on a à agir sur cette base, est-ce qu'il faut tenter d'essayer de le soulager davantage ou vu qu'il en a besoin on est tu mieux de continuer à l'écouter mais on avance malgré tout? »
E: On avance, on avance malgré tout.
D: C'est ça. Hier, je lui ai dit bon « venez, on va aller regarder, bon, c'est tu enflé, voulez-vous qu'on mette de la glace? » Ça a été écouté, puis il a continué, puis là, il est parti avec ses gros blocs là. Fait que je me dis «ah, il souffre, mais il est resté actif »

- Le travail est thérapeutique

Les membres de l'équipe croyaient que les interventions devaient se situer principalement dans le milieu de travail. L'objectif recherché était un retour précoce au travail, comme moyen thérapeutique.

Exemple :
C: Comme on sait, elle avait des psychoses, puis elle est rentrée, puis ça lui enlève beaucoup d'énergie, puis, bon, on répètera pas tout ce qu'on a répété, on en a parlé beaucoup. Mais c'est sûr que ça demeure, ça fait qu'il va y avoir des hauts et des bas. Mais le travail l'aide, elle dort beaucoup mieux, fait que je pense que le travail est thérapeutique en soi, parce qu'elle fait des activités. Puis elle vient ici, puis elle fait des choses, c'est sûr que ce que je souhaite, dans le fond, c'est que son employeur, s'il pouvait lui laisser une petite place, puis qu'elle reste là à la fin, ce serait sûr que ce serait son meilleur salut.

Ces dix valeurs peuvent être représentées dans un schéma qui montre les interactions entre elles (Figure 4). Au centre, se trouvent les valeurs concernant les trois types d'acteurs impliqués dans le processus de réadaptation : le travailleur, les membres de l'équipe et les partenaires. Elles sont entourées par les valeurs générales qui guident l'intervention : le travail est thérapeutique, la

douleur est multidimensionnelle et l'intervention doit être progressive. Ces valeurs qui influençaient le traitement étaient étroitement reliées car elles permettaient de maintenir l'adhésion du travailleur et de permettre sa réactivation.

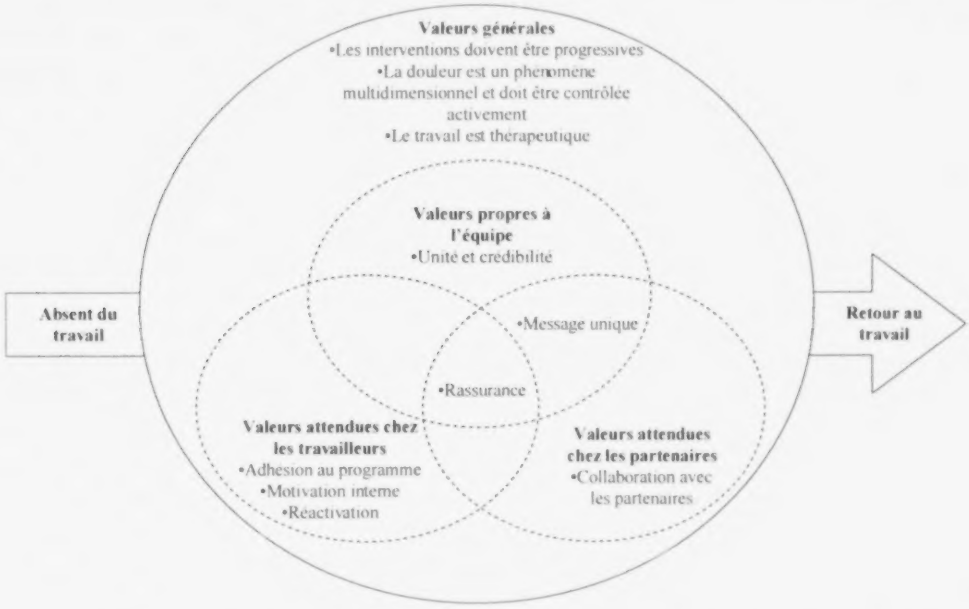


Figure 4 : Schéma représentant l'organisation des valeurs de l'équipe interdisciplinaire

3.5. Question D : Le partenariat

Le partenariat, une des valeurs de l'équipe, représente un défi d'importance dans un système où les intérêts des partenaires apparaissent souvent comme divergents. Le point de vue de l'équipe sur le partenariat a donc fait l'objet d'une analyse spécifique des unités de sens qui le concernaient. Dans ce qui suit, les éléments facilitateurs et les obstacles perçus par les membres de l'équipe au sein de leur collaboration avec les différents partenaires (travailleur, employeur, assureur et médecin traitant) seront présentés. De plus, les stratégies privilégiées par l'équipe pour influencer chacun des éléments facilitateurs et obstacles seront abordées.

3.5.1. Partenariat avec le travailleur

Trois catégories de facteurs se sont dégagées des perceptions de l'équipe relatives aux attitudes/actions du travailleur, qu'elles soient positives ou négatives: 1) facteurs motivationnels, 2) facteurs liés aux capacités du travailleur et 3) facteurs reliés aux traits de personnalité. Les facteurs motivationnels, soit l'adhésion du travailleur au programme de réadaptation et le degré de motivation à retourner au travail, apparaissaient comme des éléments cruciaux pour l'équipe lorsqu'elle parlait de son intervention auprès du travailleur. Sans au moins l'un de ces facteurs, la relation avec le travailleur était perçue comme étant très difficile.

Exemple :
B : Le programme d'exercices de musculation est extrêmement pénible. [...] c'est une des personnes les plus difficiles que j'ai eues en entraînement. C'est difficile de la... entre guillemets, là... pousser ou motiver ou... j'ai plein de subterfuges, des fois, ou de trucs que j'ai avec les gens pour...
A : Les faire bouger...
B : Les faire plier, les faire... avec elle, ça va... ça marche vraiment pas, ça va...[...] On sentait qu'il y avait de la colère qui était sous-jacente [...] c'est super difficile.

Au niveau des capacités, les références aux aptitudes du travailleur à traiter l'information (capacités cognitives) étaient particulièrement courantes au sein du discours des membres. L'équipe accordait une grande importance aux qualités interpersonnelles du travailleur faisant surtout référence à sa capacité à communiquer avec les autres et à gérer les conflits. Les qualités interpersonnelles avaient de plus, selon l'équipe, des impacts sur la qualité des relations de travail du travailleur.

En terme de traits de personnalité, l'équipe percevait les bons travailleurs comme étant sociables et authentiques. Puisque les informations fournies par le travailleur influençaient grandement les interventions de l'équipe, la véracité de celles-ci apparaissait importante. Le degré de positivité du travailleur était aussi fréquemment considéré lorsque l'équipe parlait de ses rapports avec le travailleur. Enfin, la propension à l'action semblait également une caractéristique du travailleur recherchée par l'équipe.

Il a été difficile de distinguer clairement les trois types de facteurs dans la mesure où plusieurs d'entre eux semblaient inter-reliés. Par exemple, un travailleur perçu comme motivé à participer au programme sera aussi fréquemment perçu comme étant positif et actif. Aussi, une bonne capacité à traiter l'information peut contribuer à augmenter le coefficient d'adhésion puisque, selon l'équipe, le travailleur finira par comprendre les bien-fondés du programme et contribuera donc au succès des stratégies de l'équipe pour maximiser l'adhésion du travailleur à ses interventions.

Comme stratégies pour inciter le travailleur à adhérer, l'équipe utilisait des techniques de gestion de la douleur telle que la relaxation, mais elle semblait avoir une préférence pour la rassurance et l'éducation.

Exemple :
Et l'éducation. Faut beaucoup lui renforcer, mettre la pression « t'es une infirmière, on va t'expliquer un peu plus »... Je serais prêt, moi, à ce que, symboliquement, on lui accorde un statut spécial, de dire « étant donné ta profession, on va t'expliquer un peu plus au niveau de la physiologie de la douleur ». Et si elle la comprend bien les différents mécanismes, et puis comment son corps, puis tout ça... Je ne sais pas jusqu'à quel point elle va tout prendre, mais ça serait peut-être un levier.

Lorsque ces stratégies s'avéraient peu efficaces, l'équipe utilisait la confrontation.

Exemple :
G : Sauf que c'est quoi. Parce que l'on a dit pas de faux pas. Qu'est ce que c'est, il va falloir lui dire c'est quoi un faux pas. Pas d'absence?
B : Encore là, il va les motiver ses absences.
G : Moi, ce que je veux, c'est que cette rencontre là soit suffisamment détaillée pour que si on n'a pas l'attitude et le comportement que l'on souhaite, c'est fini. [...]
H : Le mal au dos n'est pas un motif d'absence. Faut juste lui dire cela. [...]
F : Nous c'est à cela qu'on s'attend. Tu ne t'absentes pas.
H : Tu as mal, on le sait, c'est plate, mais ça ne t'empêche pas de travailler.
F : Puis tu t'engages. T'es-tu prêt à le faire? T'es pas prêt à le faire parce que tu vois cela trop contraignant, trop difficile, ok pas de problème.

3.5.2. Partenariat avec l'employeur

Trois grandes catégories de facteurs ont émergé des données en regard des perceptions de l'équipe vis-à-vis du milieu de travail: 1) facteurs organisationnels, 2) facteurs concernant les actions/attitudes du milieu de travail vis-à-vis de l'équipe et 3) facteurs concernant les attitudes/actions de l'employeur vis-à-vis du travailleur. Les données indiquent que l'équipe accordait beaucoup plus d'attention aux facteurs organisationnels lorsqu'ils étaient entravants que lorsqu'ils étaient facilitants, comme si elle tendait à les prendre pour acquis lorsqu'ils ne posaient pas problème. Le manque d'opportunités de travail, soit pour des raisons saisonnières, économiques ou de flexibilité de l'organisation du travail, était perçu comme un obstacle majeur dans la collaboration de l'équipe avec le milieu de travail. S'il y avait opportunités, il importait qu'elles permettent de respecter les limites (physiques et psychologiques) du travailleur. Un environnement de travail exigeant (stress, tâches exigeantes, culture d'entreprise centrée sur la performance) était jugé négativement puisque l'équipe pensait qu'il exercerait des pressions indues sur le travailleur et nuirait à la gradation de l'intervention. La présence de problèmes de sécurité au sein de l'entreprise est également perçue comme un obstacle majeur par l'équipe dans son partenariat avec le milieu de travail étant donné qu'elle représentait un risque de rechute important. Enfin, la collaboration avec les grandes entreprises était considérée plus problématique par les membres principalement parce que les décideurs étaient beaucoup plus détachés du processus de réadaptation et de la situation du travailleur. L'équipe considérait toutefois que les grandes entreprises avaient plus d'incitatifs à réintégrer rapidement le travailleur dans son milieu de travail compte tenu de leur régime d'assurance rétrospectif; avec un tel régime, plus rapide est le retour au travail, moins grands sont les coûts associés à la réadaptation. Le partenariat avec de telles entreprises était cependant jugé superficiel étant donné la motivation financière dominante.

Exemple :
c'est un partenariat qui est faible, fragile. L'employeur était là parce qu'il fallait qu'il y soit puis qu'il était au rétrospectif et que c'était une grosse entreprise, donc un accident de travail qui avait beaucoup d'impact financier, donc c'est là qu'ils sont plus motivés mais c'est un partenariat bidon, un peu.

Quant aux facteurs plutôt associés aux attitudes/actions de l'employeur envers l'équipe, il a été constaté que cette dernière appréciait lorsque l'employeur démontrait une ouverture face au programme, encore plus s'il acceptait les interventions en milieu de travail et qu'il comprenait

leur signification. Elle considère également important qu'il réponde rapidement à ses demandes afin de ne pas nuire au processus de réadaptation. La cordialité de l'employeur vis-à-vis des membres de l'équipe était également prise en compte pour décrire leurs relations avec ce partenaire. L'équipe appréciait lorsqu'il faisait preuve de flexibilité, ce qui minimisait les obstacles au retour au travail.

Exemple :
E : Alors bon, on a un bon employeur qui est prêt à nous ouvrir les portes et de s'adapter à toute condition, tant que puisse se faire. Donc, moi, je suis rassuré.
D : Aussi, ça a été très cordial, on est pas allé prendre une bière l'autre bord de la rue, mais ça a été tout juste.

En plus de ses relations directes avec l'employeur, l'équipe tenait compte également des relations entre celui-ci et le travailleur, lesquelles avait un impact plus indirect sur leur collaboration avec le milieu de travail. Les relations avec l'employeur étaient généralement jugées plus agréables lorsque ce dernier désirait réintégrer le travailleur dans son entreprise et qu'il entretenait de bons rapports interpersonnels avec lui. De plus, il semblait important pour l'équipe que l'employeur soit rassurant auprès du travailleur pour favoriser sa réadaptation.

Exemple :
On a des employeurs... C'est un couple qui est propriétaire de la quincaillerie, donc, ils sont très ouverts à la démarche, puis, ils sont prêts à être comme vraiment partenaires, puis ils sont prêts à s'impliquer. Donc, ils étaient ouverts, et tout, puis ils sont assez protecteurs. Pas protecteurs négatifs, là, mais ils veulent en prendre soin, là.

En regard des stratégies adoptées par l'équipe pour modifier le comportement de l'employeur, elle avait recours le plus souvent, encore une fois, à l'éducation et à la sensibilisation.

Exemple :
Il y a eu une décision aussi qui est mineure parce ça c'est toujours, c'est quelque chose qui se fait pas mal de routine, je pense, d'aller rencontrer le directeur des ressources humaines pour bien lui expliquer notre programme et un peu de désamorcer ses craintes, parce que c'était un directeur des ressources humaines qui n'avait pas beaucoup d'expérience, de connaissance dans tout ce qui est le processus administratif CSST; comment ça marche; c'est quoi la réadaptation et tout. Donc je pense qu'il y a eu un travail de terrain aussi au niveau de l'employeur, au niveau des ressources humaines de la compagnie. [...] Cela a eu comme impact de le rendre un petit peu plus réceptif; le rendre plus réceptif à la démarche Prévicap.

3.5.3. Partenariat avec l'assureur

Trois catégories ont été dégagées du discours de l'équipe concernant l'assureur: 1) les actions/attitudes du conseiller envers l'équipe, 2) les actions/attitudes du conseiller à l'égard du travailleur et 3) les attitudes de l'assureur vis-à-vis du milieu de travail. Tout comme avec les autres partenaires mentionnés précédemment, les membres appréciaient lorsque le conseiller en réadaptation comprenait leur programme et surtout, qu'il autorisait les demandes. Ils reprochaient toutefois au conseiller de manquer de ponctualité et d'occasionner des délais dans les communications. Son manque de confiance vis-à-vis l'équipe, son manque de respect envers

le territoire professionnel de ses membres et ses reproches vis-à-vis de l'équipe de trop s'immiscer dans la démarche étaient autant d'éléments perçus de façon négative par les membres.

En ce qui regarde les relations du conseiller avec le travailleur, l'équipe semblait accorder une importance particulière au caractère humaniste de celles-ci. Ils accueillaient aussi très favorablement que le conseiller connaisse bien le travailleur. Un autre des rôles du conseiller souhaité par l'équipe était celui de bien informer le travailleur sur ses droits et sur le programme de réadaptation préconisé par l'équipe de manière à ce qu'il ne se sente pas "parachuté" lorsqu'il arrive au centre de réadaptation. Cela peut également signifier de réitérer avec fermeté au travailleur les options qui s'offrent à lui. Un conseiller qui, au contraire, se laissait influencer par le travailleur dans la détermination de ses options était perçu comme faisant obstacle au retour au travail du travailleur. Ce qui importait aussi est que le conseiller tienne un discours auprès du travailleur qui soit en conformité avec les objectifs prônés par l'équipe.

Exemple :
Et le gros hic, le conseiller a vraiment ouvert la porte à une autre job. [...] L'expérience qu'on en a, ça a toujours mal fini ces affaires là, quand il y a un... une deuxième job en quelque part... On l'a dit ça, c'est la pire affaire. Si on part de même, on est fait.

La troisième catégorie de facteurs, les attitudes de l'assureur à l'égard du milieu de travail, était surtout prise en compte par l'équipe lorsque des problèmes de sécurité étaient présents dans l'organisation. Pour résoudre ces problèmes, l'équipe s'appuyait sur le pouvoir institutionnel de la CSST pour amener l'employeur à revoir ses installations pour qu'elles respectent les règles de l'ergonomie. Lorsque celle-ci ne faisait pas suffisamment preuve de fermeté avec le milieu de travail, cela semblait affecter négativement la perception que se faisait l'équipe du conseiller.

Diverses stratégies utilisées par l'équipe pour influencer les conseillers en réadaptation ont été identifiées. L'éducation et la sensibilisation étaient encore une fois leurs stratégies de prédilection. Les rencontres avec le conseiller pour clarifier les rôles et les objectifs de l'intervention étaient aussi utilisées. Dans l'approche de l'équipe envers ce partenaire il y avait une volonté de convaincre, de vendre une idée.

3.5.4. Partenariat avec le médecin traitant

Les données recueillies sur les perceptions de l'équipe à l'égard des médecins se divisent en deux catégories: ses actions/attitudes envers l'équipe et envers le travailleur. Du médecin, l'équipe s'attendait à ce qu'il autorise le plan d'intervention ainsi que l'amorce du retour thérapeutique au travail. L'équipe appréciait aussi qu'il ne tarde pas trop à donner ses autorisations et qu'il soit proactif. Un médecin ne prenant pas le temps de rassurer son patient sur sa condition était moins bien jugé par l'équipe étant donné son effet potentiellement néfaste sur l'anxiété du travailleur. De plus, il devait livrer des messages ou des traitements qui soient cohérents avec ceux de l'équipe. Lorsqu'il agissait à l'encontre des orientations du programme, l'équipe adoptait un ton désapprobateur dans son discours à l'égard du médecin.

Exemple :
E : Le seul hic que je ne puis mesurer, c'est sa quête, comme tu l'as si bien dit H, sa quête d'une

solution physique. Elle est très attrayante, et si la docteur emboîte le pas... c'est la neuro-chirurgienne, ça lui fait miroiter de plus en plus une option chirurgicale, on est cuit.

Parmi les stratégies adoptées auprès du médecin, notons la rassurance en l'informant sur l'évolution positive du travailleur et la persuasion de ne pas pratiquer une intervention jugée inadéquate par l'équipe. Il n'était pas mentionné qu'elle pratique l'éducation auprès de ce partenaire afin d'influencer ses attitudes et ses comportements. Il a été identifié dans le discours de l'équipe une volonté de préserver la confiance du médecin.

Toutefois, lorsque le médecin semblait trop réfractaire à ces stratégies d'influence, l'équipe choisit de concentrer ses énergies sur le travailleur en tentant de le rassurer. Il est arrivé que l'équipe incite le travailleur à changer de médecin lorsque ce dernier refusait d'autoriser la participation du travailleur au programme et que le lien thérapeutique entre le médecin et son patient était jugé faible.

Exemple :
Est-ce que nous on encourage le travailleur à se trouver un autre médecin jusqu'à temps qu'il en trouve un qui l'autorise à venir. [...] le lien thérapeutique est souvent faible avec leur médecin, il l'a vu que quelques fois, c'est un médecin qu'il a vu à l'urgence et qu'il continue ensuite à assurer le suivi et quand ce médecin-là est en désaccord avec les traitements proposés soit par la CSST ou par nous; là c'est là que ça se complique. [...] Alors que quand c'est une situation qui est fraîche et que le lien thérapeutique est disons pas encore très solidement ancré, c'est là que se pose tout le questionnement.

3.6. Question E : Les trajectoires

Une des questions de recherche portait sur les trajectoires des travailleurs inclus dans l'étude afin de dégager leurs ressemblances et dissemblances et, si possible, l'influence de ces trajectoires sur l'évolution des travailleurs. Peu d'études se sont intéressées à ce problème en dehors de celle de Baril et al. (6) et, à notre connaissance, aucune étude prospective. L'étude de ces trajectoires s'est avérée complexe, étant donné la multiplicité des facteurs en cause, leur provenance variée et la quantité des acteurs impliqués. Cependant plusieurs tendances se sont manifestées qui sont exposées ci-dessous.

Quatre types de trajectoires ont émergé des données analysées (Figure 5) : 1) les trajectoires de retour au travail sans obstacle, 2) les trajectoires de retour au travail avec obstacles, 3) les trajectoires de non retour au travail avec épisodes de progression et 4) les trajectoires de non retour au travail sans épisode de progression. Pour chacune de celles-ci, seront présentés un idéaltype[4] illustrant, à la lumière de la perspective de l'équipe, son déroulement typique ainsi qu'une analyse de ses caractéristiques dominantes. Parfois, il est apparu essentiel de construire plus d'un idéaltype par trajectoire lorsque plus d'un patron émergeait des cas. Enfin, une analyse visant à nuancer et à comparer les facteurs typiquement associés à chacune des trajectoires a été réalisée.

---

[4] Dans le cas de la présente étude, un idéaltype est défini comme une histoire de cas structurant les caractéristiques dominantes des travailleurs suivant un type d'évolution clinique donné.

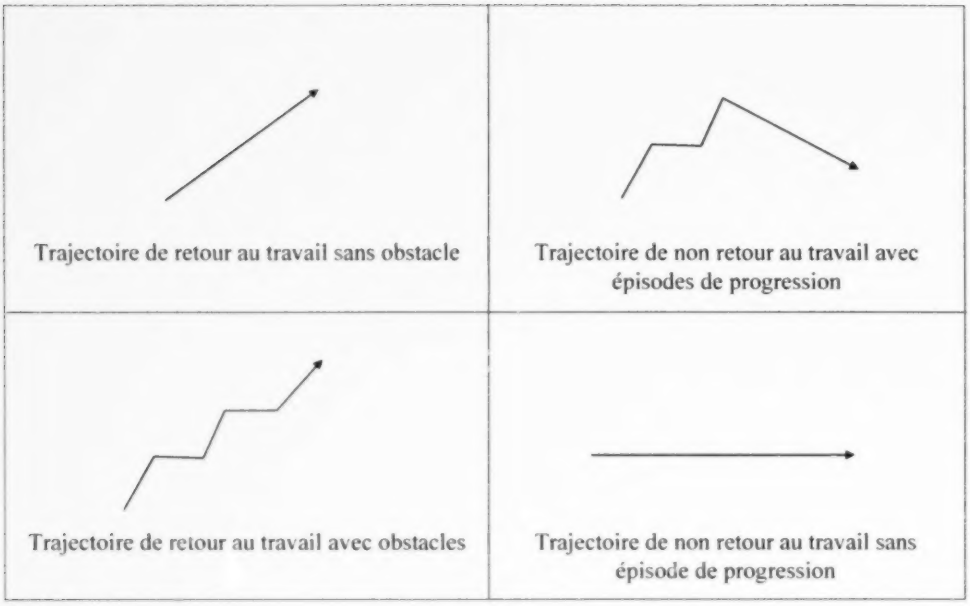


Figure 5 : Trajectoires

3.6.1. Trajectoires de retour au travail sans obstacle (3 cas)

Deux idéaltypes ont été associés à ce type de trajectoire. Ces deux cas-types mettaient en évidence la bonne adhésion des travailleurs au plan de l'intervention proposée au sein des trajectoires cliniques évolutives sans obstacle. Les travailleurs faisaient aussi tous preuve de progrès cliniques rapides. Malgré la présence de certaines difficultés psychologiques, celles-ci n'étaient pas suffisamment importantes pour représenter une entrave à la démarche de réadaptation. Aussi, tous les travailleurs disaient aimer leur travail et désiraient retourner à leur milieu pré-lésionnel. Malgré la présence dans le premier idéaltype de tensions entre l'employeur et le travailleur (conflits de personnalité ou contestation au dossier), le milieu de travail offrait dans les deux cas présentés la flexibilité et l'ouverture nécessaires à la réalisation du retour au travail progressif. L'assureur aussi faisait généralement preuve d'une bonne collaboration en convainquant l'employeur de débourser pour les aménagements du travail et en rassurant le travailleur quant à la contestation de nature administrative de la part de l'employeur.

Ces idéaltypes présentaient toutefois certaines divergences. Par exemple, les travailleurs possédant une trajectoire de retour au travail sans obstacle semblaient différer au niveau de leur âge, de la présence d'antécédents d'accidents de travail et de leurs capacités physiques de départ. La qualité du partenariat de l'équipe avec le médecin traitant variait aussi d'un cas à l'autre. Dans le premier cas-type, la collaboration de l'équipe avec le médecin était jugée favorable considérant qu'il était d'accord avec le programme de l'équipe et qu'il répondait rapidement aux demandes de celle-ci. À l'opposé dans le deuxième cas type, la collaboration du médecin a été perçue par l'équipe comme étant faible dans la mesure où il a décidé de se retirer du dossier

voyant que le travailleur participait au programme. Toutefois, cela ne semble pas avoir nui d'une façon majeure au déroulement de l'intervention étant donné que le travailleur était consentant à se trouver un autre médecin traitant.

3.6.2. Trajectoires de retour au travail avec obstacles (8 cas)

En comparant les trajectoires de retour au travail avec obstacles avec les précédentes, il est possible d'apprécier quelques différences. D'abord, la durée d'absence du travail était plus importante dans le cas des trajectoires de retour au travail avec obstacles. Les craintes de rechutes et les perceptions d'incapacités à retourner au travail, qui n'avaient pas fait l'objet de discussions au sein de l'équipe pour les autres trajectoires, étaient perçues ici comme des obstacles non négligeables. La présence d'une détresse psychologique (dépression, trouble anxieux, etc.) paraissait aussi plus importante que dans les deux cas-types précédents et nécessitait une intervention plus soutenue de la part du psychologue de l'équipe. L'adhésion au programme de la part des travailleurs ayant une trajectoire de retour au travail avec obstacles est apparue aux yeux de l'équipe un peu plus difficile à gagner que celle des travailleurs ayant une trajectoire de retour au travail sans obstacle pour diverses raisons, notamment le sentiment du travailleur d'avoir été forcé par l'assureur à participer au programme ou encore le message alarmant de la part du médecin quant aux capacités du travailleur de se réactiver physiquement. La rassurance de l'équipe a cependant permis d'obtenir un degré de participation du travailleur suffisamment satisfaisant pour réaliser avec succès la phase d'entraînement en clinique.

Quant au milieu de travail, celui-ci semblait moins ouvert à la réinsertion du travailleur et faisait moins preuve de flexibilité. Un environnement de travail axé sur la performance, un manque de sécurité, un manque de reconnaissance de la lésion du travailleur, une image négative du travailleur de la part de l'employeur et des collègues était autant d'éléments faisant obstacles à la démarche de réadaptation. Le désir du travailleur de retourner au travail était d'ailleurs moins prononcé chez les travailleurs suivant une trajectoire de retour au travail avec obstacles que chez ceux suivant une trajectoire de retour au travail sans obstacle. Afin de rendre possible l'implantation du retour thérapeutique au travail, l'équipe a dû déployer des moyens pour modifier les attitudes de l'employeur et des collègues du travailleur. Enfin, des changements d'ordre structurel (ex. : départ d'un collègue ou un superviseur en conflit avec le travailleur, ouverture au sein de l'entreprise d'un nouveau poste) survenus de manière circonstancielle semblaient avoir permis dans plusieurs cas de dénouer des obstacles qui auraient autrement paru difficiles à surmonter par l'équipe. Il faut néanmoins préciser qu'à la fin du processus, le travailleur a visiblement appris à gérer sa douleur au travail grâce aux interventions de l'équipe.

3.6.3. Trajectoires de non retour au travail avec épisodes de progression (5 cas)

Au cours des premières semaines en clinique des trajectoires de non retour au travail avec épisodes de progression, tous les travailleurs ont été jugés comme ayant une très bonne adhésion au programme. Celle-ci aura sûrement contribué à une certaine augmentation des capacités physiques chez la grande majorité des travailleurs, bien que ce soit d'une façon moins évidente que dans les trajectoires vues précédemment. Comme dans les trajectoires de retour au travail avec obstacles, le milieu de travail était souvent jugé comme étant non collaborant pour différentes raisons (e.g. environnement non-sécuritaire, ne retourne pas les appels de l'équipe,

méfiance envers le travailleur) et mettait du temps à clarifier les opportunités d'emploi. Une fois l'étape de retour au travail progressif amorcée, l'ensemble des travailleurs ont manifesté des craintes importantes face au retour au travail. Vu sous cet angle, les travailleurs de ces trajectoires ne semblaient pas très différents des autres trajectoires analysées précédemment.

Cependant, il est possible de souligner certaines de leurs particularités. Par exemple, il semblerait que les femmes, très peu représentées au sein des trajectoires précédentes (une femme pour 10 hommes), soient souvent associées aux trajectoires de non retour au travail avec épisodes de progression (3 femmes pour 2 hommes). De plus, les travailleurs ayant une trajectoire de non retour au travail avec épisodes de progression manifestaient habituellement un désir plus ambigu de retourner au travail que ceux ayant une trajectoire de retour au travail sans obstacle ou une trajectoire de retour au travail avec obstacles. Un des obstacles importants au sein des trajectoires de non retour au travail avec épisodes de progression était l'incapacité des travailleurs à gérer leur douleur au travail et ce, malgré les efforts de l'équipe. Enfin, il était possible d'observer que la collaboration de chacun des partenaires impliqués dans la démarche (employeur médecin, assureur) était majoritairement jugée de façon négative par l'équipe dans le cas des trajectoires de non retour au travail avec épisodes de progression. En plus d'un manque de collaboration de la part de l'employeur, la collaboration du médecin traitant était jugée négative dans la majorité des cas. Plus précisément, celui-ci pouvait envoyer au travailleur des messages de gravité, ne se présentait pas à ses rendez-vous avec le travailleur ou a abandonné le travailleur au début du processus lorsqu'il a fait le choix de participer au programme. La collaboration avec l'assureur a également été jugée négative par l'équipe dans la plupart des cas. Comme problèmes rencontrés avec l'assureur, il y avait principalement la transmission de messages à l'employeur ou au travailleur allant à l'encontre de ceux de l'équipe et la présence de délais dans les retours d'appels. Il convient toutefois de mentionner que, pour un même cas, il n'est jamais arrivé que plus de deux partenaires soient perçus par l'équipe comme étant problématiques.

3.6.4. Trajectoires de non retour au travail sans épisode de progression (2 cas)

Ce type de trajectoire mettait d'abord en relief l'absence très prolongée des travailleurs de leur milieu de travail, ce qui venait en contraste avec les cas précédents. De plus, l'adhésion des travailleurs possédant une trajectoire de non retour au travail sans progression au programme d'entraînement clinique paraissait nettement plus problématique que celle des autres. La présence de gains potentiels liés à la situation d'incapacité (e.g. attente d'une reconnaissance légale de sa lésion, soutien accru des proches), une mauvaise gestion de la douleur pendant les entraînements et la peur d'aggraver sa condition avec l'activité physique étaient les principales raisons invoquées par l'équipe pour justifier ce manque de collaboration. Quoi qu'il en soit, le refus de ces travailleurs de se soumettre aux exercices prescrits par l'équipe avait vraisemblablement un impact sur l'amélioration de leurs capacités qui, comparativement avec la majorité des travailleurs vus précédemment, est demeurée très négligeable. L'attitude des travailleurs ainsi que leur pauvre état physique semblaient avoir grandement contribué au fait qu'aucune tentative de retour au travail thérapeutique n'ait pu être réalisée. Il faut également noter que les opportunités de travail et la collaboration de l'employeur ont été perçues comme plutôt négatives par l'équipe dans le cas des trajectoires de non retour au travail sans progression comparativement aux autres trajectoires. Les collaborations avec le médecin traitant et l'assureur ont quant à elles été jugées comme étant plutôt défavorables. Les interventions de l'équipe

semblent toutefois s'être surtout concentrées sur le travailleur dans le cas des trajectoires de non retour au travail sans progression plutôt que sur l'action des partenaires. Enfin, comme les trajectoires de non retour au travail avec épisodes de progression, les trajectoires présentées ici sont particulièrement associées au genre féminin.

4. DISCUSSION

Ce projet de recherche se voulait une étude exploratoire du processus de décision d'une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail appliquant un programme développé selon les données probantes dans le domaine. Cet objectif a été atteint et même dépassé car d'autres informations sur les bases du processus décisionnel, et même sur les trajectoires des travailleurs pour lesquels ces décisions étaient prises, ont été obtenues. Le processus de décision se faisait en deux grandes étapes : la collecte d'information, suivie des propositions d'action. Il est apparu que si les décisions de l'équipe étaient parfois relativement simples (décision de routine), bien souvent l'équipe devait prendre des décisions d'un grand degré de complexité, nécessitant des boucles récursives entre ces étapes. Cette complexité avait plusieurs origines. D'abord, un grand nombre d'informations étaient directement reliées au dossier d'incapacité, avec des provenances très diverses : le travailleur, sa famille, son médecin, le conseiller de la CSST, les intervenants de l'entreprise. Les informations rapportées par les membres de l'équipe pouvaient être contradictoires ou diversement interprétées. Elles relevaient des multiples décisions prises par les acteurs et que l'équipe cherchait à influencer dans l'objectif de faciliter le retour au travail. Les attitudes de ces acteurs, déterminées par des règles qui leur étaient propres, s'influençaient également l'une l'autre et l'équipe veillait à ce que les consensus dégagés à l'interne soient partagés par l'ensemble des partenaires. Cependant, même si la diversité disciplinaire des membres de l'équipe pouvait rendre parfois difficile le consensus, celui-ci était grandement facilité par le système de valeurs partagées par l'équipe et qui sous-tendaient le processus de décision. En effet, la complexité du processus de décision est apparue comme la résultante des interactions entre les valeurs de l'équipe, les données très diverses relatives aux cas des travailleurs en réadaptation et à l'influence de nombreux facteurs contextuels en constante variation. Cette complexité rejoint le sixième modèle de Langley et al. (20) qui voit la prise de décision comme survenant dans un tissage organisationnel dans lequel des données rationnelles sont influencées par les émotions et les intuitions des acteurs. Dans le présent contexte, les données objectives sont fortement influencées par le système des valeurs de l'équipe.

Tous les travailleurs de l'étude présentaient des douleurs musculo-squelettiques à la suite d'une lésion professionnelle. Cependant, selon les données recueillies, les prises de décisions de l'équipe étaient rarement prises en fonction de la lésion causale. L'équipe passait au contraire l'essentiel de son énergie à discuter du contexte psychosocial et environnemental du travailleur pour décider de ses actions. Ceci rejoint également les données probantes qui indiquent la prépondérance de ces facteurs dans l'incapacité et l'équipe tentait donc d'agir essentiellement sur ces facteurs. Elle considérait à l'opposé que tout renforcement apporté au problème physique lui-même était généralement néfaste, ce qui pouvait la mettre en contradiction avec les médecins des travailleurs.

Diverses conditions facilitant et nuisant au consensus au sein même de l'équipe et avec les partenaires et le travailleur ont été identifiées. Un élément remarquable dans le comportement de l'équipe semble être le peu de conflits de rôle observés au sein de l'équipe. Il est fréquent que l'on retrouve ce type de conflits dans les équipes interdisciplinaires, chaque membre disciplinaire craignant un empiétement sur ses propres « prérogatives ». Ce phénomène ne s'est pas retrouvé et les membres de l'équipe semblaient très bien accepter les « zones grises » dans leurs

interventions, tant en milieu clinique qu'en milieu de travail ou dans leurs relations avec les partenaires. On ne retrouve pas d'unités de sens spécifiques à cet égard, sinon des dialogues de collaboration. Mais surtout, on ne retrouve pas d'indice de tels conflits.

Le système de valeurs déterminé ne faisait pas partie des hypothèses préalables à l'étude. Il a émergé lors de l'analyse des données. Il est apparu que ce système de valeurs, précieux pour aider à l'atteinte de consensus, facilitait grandement la cohésion de l'équipe. Ces valeurs représentaient une sorte d'idéologie commune, constituant également une sorte de défense vis-à-vis des contradictions du monde extérieur, grâce à l'importance attachée par l'équipe à son unité et à sa crédibilité. L'équipe dépensait également beaucoup d'énergie pour convaincre ses partenaires, aussi bien le travailleur pour augmenter sa motivation à participer au maximum à son processus de réadaptation que les autres partenaires qu'elle voulait voir partager ses valeurs et surtout ses décisions. On a pu constater que ces valeurs rejoignaient les données probantes reliées au processus d'incapacité et de retour au travail. En effet, les données probantes soulignent l'importance des relations positives entre les partenaires, de la rassurance, du lien avec le travail, du caractère multidimensionnel de la douleur. Bien entendu, cette correspondance n'est certainement pas le fait du hasard, mais plutôt le résultat de l'adhésion commune de l'équipe au programme de réadaptation lui-même basé sur les données probantes. Ainsi l'équipe a transformé les données probantes en un système de valeurs qui semble s'apparenter à une idéologie, mais qui est apparu très puissant pour appliquer les données probantes. Alors qu'actuellement des questionnements importants sont posés sur les moyens performants de réaliser le transfert et l'application des données probantes, ce projet montre une avenue qui semble très intéressante. C'est en appliquant un programme structuré développé selon les données probantes que les cliniciens s'emparent de ces données et désirent aider les autres acteurs à les appliquer également. Il pourrait ainsi être efficace d'attacher aux données probantes des valeurs qui semblent être des moteurs plus performants pour guider l'action que de simples données cognitives.

Une des valeurs identifiées, soit le partenariat, a fait l'objet d'une analyse plus approfondie. L'analyse des données permet de constater que les relations entre l'équipe et ses partenaires n'étaient pas toujours aisées. En effet, une mauvaise collaboration avec les partenaires et particulièrement la collaboration du médecin traitant extérieur au programme semblait nuire au processus de réadaptation. Par exemple, la perception du travailleur de messages opposés ou peu supportant de son médecin face à son processus de réactivation et d'exposition au travail semble freiner ou stopper sa progression dans le programme. En fait, ces messages inverses pourraient favoriser une représentation de la maladie exprimant de la gravité du problème pour le travailleur. Ce phénomène est tout à fait légitime puisque pour sa santé, le travailleur doit s'en remettre entièrement à des personnes externes et qui peuvent ne pas véhiculer les mêmes informations et pronostics. Il n'a pas la compétence pour juger quel est l'intervenant qui a un jugement raisonnable.

Une des raisons pouvant expliquer certaines difficultés dans la mauvaise collaboration peut être due au fait que l'équipe essayait fortement de faire partager aux autres ses valeurs et ses décisions, en raison en particulier de la conviction qu'elle avait de la justesse de ses propres valeurs. Cette attitude peut avoir indisposé certains de ses partenaires qui pouvaient se sentir peu écoutés dans le processus de réadaptation. L'équipe pourrait avoir intérêt à écouter davantage,

avant d'essayer de convaincre et de mieux comprendre les valeurs des autres partenaires.

Enfin, cette étude a permis de dégager à partir du suivi de travailleurs en processus de réadaptation quatre trajectoires types. Ces trajectoires ont émergé des discours d'une équipe interdisciplinaire qui nommait, dans la démarche des travailleurs, leurs analyses des facteurs facilitant et des obstacles rencontrées tant chez le travailleur que dans son environnement. De façon générale, trois éléments charnières se dégagent des analyses pour établir un parallèle entre les quatre trajectoires soit la collaboration avec les partenaires, l'information de la projection et de l'adhésion du travailleur au programme et enfin, le type de transaction que le travailleur expérimentera. La collaboration avec les partenaires a été discutée ci-haut.

Selon les discours de l'équipe, l'adhésion est conçue comme l'adoption des recommandations faites et le respect des activités du programme. Cette définition correspond à la notion d'adhésion décrite par Haynes et al. (26). Parallèlement, ce concept est également discuté de façon plus spécifique comme la capacité du travailleur de se projeter favorablement dans son travail. Ce facteur a été identifié dans les études sur le facteurs prédicteurs du retour au travail (27-29). Ainsi, lorsqu'une personne blessée partage l'objectif de retour au travail et qui de plus applique les recommandations qui apparaissent comme le meilleur traitement du problème, ceci apparaît comme des conditions favorables de départ importantes même si des obstacles se présentent. Ces aspects sont retrouvés dans les quatre trajectoires à savoir la présence d'adhésion et de projection dans les trajectoires de retour au travail avec et sans obstacles et à l'opposé son manque ou absence dans les trajectoires de non retour au travail. Ainsi, si la personne blessée a colligé l'information et que sa résultante est la croyance en un retour au travail, cela modifiera son adhésion au traitement. Un autre facteur qui semble influencer l'adhésion et la projection est la précocité de l'intervention tel qu'observé dans les trajectoires de retour au travail sans obstacles. Ceci peut être en partie interprété par la plus grande facilité pour l'individu de se réactiver, du nombre moins important de consultations et de traitements reçus ainsi que du maintien du rôle de travailleur dans sa vie. L'enjeu de la précocité a été documenté dans plusieurs études qui montrent clairement que la chance de retour au travail et aux activités courantes est inversement proportionnelle au temps d'exclusion au travail (8,30).

En ce qui concerne le type de transaction que l'individu va expérimenter lors de l'annonce ou de l'exposition au travail, l'analyse des données révèle qu'un moment pivot du processus est l'exposition au travail qui permet à l'individu de développer en contexte réel ses habilités de gestion de la douleur et des activités ou à l'opposé va confirmer son incapacité. Dans les deux trajectoires de non retour au travail, l'amorce de ce moment pivot est significative; il provoque une exacerbation de la douleur, développement des symptômes dans une autre zone avant même sa réalisation ou lors d'une introduction. Cette transaction de l'individu est en partie prédéterminée (ou expliquée) par la présence de craintes de rechutes et d'aggravation, de la perception d'incapacité ressentie par le travailleur avant l'exposition au travail. L'analogie peut être faite ici par l'approche comportementale du traitement de l'anxiété ou des phobies (31-33). L'introduction du travail est vue comme un élément déclenchant de l'anxiété et de la douleur avec lequel l'individu transige si son niveau de tolérance est suffisant ou qu'il évite si ça lui paraît trop difficile. Comme suggéré dans les écrits, cet évitement va renforcer la représentation et confirmer l'incapacité. Outre les trajectoires de retour au travail sans obstacle, le moment clef du programme pour les autres trajectoires est l'exposition au travail. Deux éléments peuvent faire

obstacle à l'exposition au travail soit la représentation du travail et la nature des liens avec le milieu de travail. En effet, la flexibilité de l'employeur, la reconnaissance de la valeur de l'employé à la production de l'entreprise, l'accueil des collègues font partie des éléments positifs du milieu. S'ils sont absents totalement ou partiellement, la progression de l'individu vers le retour au travail sera plus laborieuse et ajoutera des pressions externes sur l'individu. La contribution positive ou négative du milieu de travail dans le processus de réadaptation commence à être documenté (34). Pour le moment, ces facteurs ont surtout été décrits dans des programmes de maintien dans le milieu (35).

Cette étude compte certaines limites. La principale limite est la possibilité que l'équipe de recherche ait interprété les résultats de façon plus ou moins conforme à la réelle perception des acteurs. En effet, il y a deux niveaux de distorsion possibles soit la perception de l'équipe et la perception des chercheurs qui examinent les transcriptions. Toutefois, cette limite a été minimisée à l'aide d'un processus de vérification des résultats par les membres de l'équipe. La méthode utilisée n'a pas permis non plus d'obtenir beaucoup de détails sur les stratégies d'influence déployées par l'équipe. Également, les idéaltypes représentant chacune des catégories de trajectoires ont été construits avant que l'on ne soit parvenu à la saturation des données pour cette question. Selon l'approche de Gerhardt et Kirchgassler (36), la construction d'idéaltypes commence au point de saturation, lorsque la mise en contraste des cas a donné une intuition de la structure du matériel et suscité des hypothèses. Bien que les 22 travailleurs avaient diverses problématiques musculosquelettiques, ceci n'a pas influencé les résultats de cette étude. En effet, l'objectif de cette étude était de mieux comprendre le processus de décision d'une équipe en réadaptation au travail. De plus, selon les dernières données probantes, le retour au travail est peu influencé par la maladie mais plutôt par l'incapacité découlant de l'absence prolongée du travail (12). Enfin, la définition du concept de prise en charge retenue dans cette étude peut être jugée trop axée sur une prise de décision rationnelle à des niveaux d'analyse individuelle. Une approche plus macro considérant la dynamique de la décision des acteurs externes telle que celle proposée par Crozier et Friedberg (37) aurait permis de mieux situer chacun des acteurs dans leurs champs d'action et de mieux mesurer les contraintes et les contributions de chacun. Cette approche serait intéressante à explorer dans de futures études particulièrement pour les décisions complexes nécessitant l'implication d'acteurs externes, correspondant à ce que nous avons identifié comme décision problématique (figure 3).

Une grande force de cette étude réside, à notre avis, dans la constance du processus décisionnel tout au long de l'étude. Une grande cohérence a persisté malgré quelques changements dans la composition de l'équipe au cours du temps. Là encore, il semble que ce soit le partage des mêmes valeurs, aussitôt enseignées aux nouveaux arrivants dans l'équipe, qui ont contribué à cette constance. Par contre, les difficultés dans les communications qui existaient avec les partenaires externes, tel que décrit ci-dessus, pourraient s'expliquer par le fait d'une divergence entre les systèmes de valeurs qui régissent l'action.

5. CONCLUSION

Cette étude prospective qualitative, bien qu'exploratoire, a été d'une grande ampleur et a généré un nombre considérable de données dont l'analyse a permis de défricher ce champ émergent de recherche qu'est la réadaptation d'un travailleur présentant un trouble musculo-squelettique par une équipe interdisciplinaire appliquant un programme basé sur les données probantes les plus récentes dans le domaine. En effet, des modèles de prise de décision ont pu être élaborés à partir des données récoltées par l'équipe. De plus, divers déterminants favorisant ou nuisant au consensus entre les membres et avec leurs partenaires ainsi qu'au retour au travail du travailleur blessé ont été identifiés. L'analyse a également permis d'identifier un système de dix valeurs sur lequel l'équipe repose et une valeur primordiale à l'équipe, le partenariat, a fait l'objet d'une analyse plus poussée. Enfin, quatre trajectoires types du cheminement des travailleurs dans le programme ont été élaborées.

À la lumière des résultats obtenus, diverses pistes de recherche futures peuvent être ciblées. Premièrement, en raison de l'importance accordée à la collaboration avec les partenaires sociaux, une prochaine étude pourrait s'attacher à décrire les valeurs de ces partenaires (médecins traitants, assureurs, employeurs et syndicats). Un tel exercice pourrait permettre un partage plus authentique entre partenaires et faciliter le processus de réadaptation. Il permettrait également de raffiner le processus de transfert et d'application des connaissances dans un environnement complexe. Deuxièmement, les stratégies d'influence déployées par l'équipe mériteraient d'être explorées. Par exemple, comment, concrètement, l'équipe utilise-t-elle l'éducation auprès du travailleur, de l'employeur et du conseiller? Peut-on observer des différences à ce niveau? Troisièmement, comme l'étude des trajectoires n'a pas pu obtenir une saturation des données, une étude ultérieure visant à valider les trajectoires identifiées serait intéressante. Enfin, les résultats reposent sur l'observation d'un seul milieu. D'autres études du même type devraient donc être menées afin d'être en mesure d'apprécier le caractère transférable de ces résultats au comportement d'autres équipes de réadaptation. Par exemple, des études sur les valeurs de l'équipe en réadaptation sont requises pour vérifier si un tel système de valeurs est sous-jacent à la prise de décision dans d'autres milieux. Il serait également intéressant de comparer les données avec celles d'autres études ayant examiné les perceptions du partenariat d'une équipe d'intervenants appliquant des évidences scientifiques dans leurs interventions auprès d'autres clientèles. Toutefois, à notre connaissance, aucune autre recherche n'a été publiée sur ce sujet.

6. APPLICABILITÉ DES RÉSULTATS

Les résultats de cette étude peuvent s'appliquer à plusieurs niveaux. D'une part, en éclaircissant le processus décisionnel d'une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail, ils apportent un éclairage sur les points majeurs à considérer dans ce type de réadaptation. En particulier, les résultats renforcent l'importance de considérer les facteurs psychosociaux et environnementaux lors d'un processus de réadaptation au travail car ils dominent considérablement par rapport aux problèmes physiques. L'importance du partenariat entre les acteurs dans la problématique de réinsertion professionnelle des travailleurs, récemment soulignée dans plusieurs études, est renforcée mais la façon idéale de réaliser ce partenariat nécessitera d'autres études comparant les valeurs des divers partenaires. Le système de valeurs semble d'une importance primordiale. Il a sans nul doute renforcé la cohésion de l'équipe en lui permettant de faciliter le consensus dans la décision. Cependant, l'attachement à ces valeurs a pu rendre plus difficile certains partenariats, même si l'équipe prônait le partenariat comme valeur. L'enseignement de ces valeurs à d'autres équipes apparaît comme un moyen potentiellement performant de formation. Il a d'ailleurs déjà été utilisé avec succès par les chercheurs. De façon plus élargie, en dehors du champ de la réadaptation au travail, la mise en place d'un système de valeurs partagées pourrait renforcer la cohésion d'autres types d'équipes interdisciplinaires. Également, étant donnée qu'il s'agit d'une problématique systémique, l'applicabilité des résultats dépendra beaucoup de la capacité des divers acteurs à adopter ces valeurs basées sur les données probantes.

7. RETOMBÉES ÉVENTUELLES

Cette étude s'inscrit dans une perspective considérant les interventions visant une évolution des travailleurs vers l'objectif de retour au travail comme une « boîte noire » dont l'approfondissement permettra de mieux comprendre les causes de succès ou d'échec de retour au travail. Les résultats obtenus représentent un début d'éclairage dans la littérature. Ils confirment certains principes énoncés récemment et permettant de conseiller utilement les équipes qui réalisent de telles interventions et les décideurs qui doivent autoriser l'application de tels programmes. Les résultats de cette étude pourraient être de bons moteurs pour favoriser le transfert des connaissances auprès des utilisateurs et pour améliorer les programmes de réadaptation au travail.

8. LISTE DES ARTICLES PRODUITS DANS LE CADRE DE LA PRÉSENTE SUBVENTION

Durand, MJ, Baril, R, Loisel, P, Langley, A, Gervais, J. (en préparation). Impact de divers facteurs sur le cheminement et l'évolution de travailleurs prenant part à un programme de réadaptation au travail.

Loisel, P, Durand, MJ, Baril, R, Langley, A, Falardeau, M, Gervais, J. (en préparation). Interorganizational collaboration within the occupational rehabilitation field: the vision of an interdisciplinary rehabilitation center treating work-related musculoskeletal disorders.

Loisel, P, Falardeau, M, Baril, R, Durand, MJ, Langley, A, Sauvé, S, Gervais, J. (sous-presse). The Values Underlying Team Decision Making in Work Rehabilitation for Musculoskeletal Disorders. Disability and Rehabilitation.

9. RÉFÉRENCES

1. Institut de la statistique du Québec. (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*. Sainte-Foy: Les Publications du Québec.
2. CSST. (2002). *Statistiques sur les lésions en "ITE" du système musculo-squelettique, 1998-2001*. Québec: CSST.
3. CSST. (2002). *Statistiques sur les affections vertébrales, 1998-2001*. Québec: CSST.
4. Coyte, P.C., Asche, C.V., Croxford, R., Chan, B. (1998). The Economic Cost of Musculoskeletal Disorders in Canada.*A rthritis Care & Research,11* (5): 315-325.
5. Health Canada. (2002). *Economic Burden of Illness in Canada 1998*. Ottawa, ON: Health Canada.
6. Baril, R., Martin, J.C., Lapointe, C., Massicotte, P. (1994). *Etude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. Montréal: IRSST.
7. Pransky, G.S., Himmelstein, J.S., Morgan, W. (1996). *Outcomes related to work in the carpal tunnel syndrome : results of a follow-up study*. in *Book of abstracts of the 25th International Congress on Occupational Health*. Stockholm.
8. Spitzer, W.O. (1987). State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronic Diseases,40* (6): 465-471.
9. Martin, J.-C. Baril, R. (1993). *Isolement et vulnérabilité des travailleurs accidentés*, in *La solitude et l'isolement. La structuration de nouveaux liens sociaux*, Revue internationale d'action communautaire, Editor. Éditions St-Martin. p. 109-124.
10. Truchon, M. Fillion, L. (2000). Biopsychocial determinants of chronic disability and low-back pain: a review.*J ournal of Occupational Rehabilitation, 10*(2): 117-142.
11. Staal, J.B., Hlobil, H., van Tulder, M.W., Koke, A.J.A., Smid, T., Van Mechelen, W. (2002). Return-to-work interventions for low back pain - A descriptive review of contents and concepts of working mechanisms. *Sports Medicine,32* (4): 251-267.
12. Loisel, P., Durand, M.J., Berthelette, D., Vezina, N., Baril, R., Gagnon, D., Lariviere, C., Tremblay, C. (2001). Disability prevention - New paradigm for the management of occupational back pain.*D isease Management & Health Outcomes,9* (7): 351-360.
13. Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J.M., Suissa, S., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., Lemaire, J. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management.*Sp ine, 22*(24): 2911-2918.
14. Loisel, P. Durand, M.-J. (2003). *Worker accomodation, clinical intervention and return to work*, in *Preventing and managing disability at work*, T. Sullivan J. Frank, Editors. Taylor & Francis: London, ON.
15. Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise du Processus de Production du Handicap*, ed. Réseau International sur le Processus de Production du Handicap. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
16. Simeonsson, R.J., Lollar, D., Hollowell, J., Adams, M. (2000). Revision of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: developmental issues. *Journal of Clinical Epidemiology,53* (2): 113-124.
17. Simon, H.A. (1960). *The new science of management decision*. New York: Harper and Row.
18. Cohen, M.D., March, J.G., Olsen, J.P. (1972). A garbage can model of organizational choice.*A dministrative science quarterly, 17*(1): 1-25.

19. Mintzberg, H., Raisinghani, D., Théorêt, A. (1976). The structure of "unstructured" decision processes. *Administrative science quarterly,21* : 246-275.
20. Langley, A., Mintzberg, H., Pitcher, P., Posada, E., Saintmacary, J. (1995). Opening up decision making - the view from the black stool. *O rganization Science,6* (3): 260-279.
21. Durand, M.J., Loisel, P., Durand, P. (1998). Le retour thérapeutique au travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail: description et fondements théoriques. *La revue canadienne d'ergothérapie, 65*(2): 72-80.
22. Miles, M.B. Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. Thousands Oaks: Sage Publications.
23. Yin, R.K. (1994). *Case Study Research. Design and Methods*. Second Edition ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
24. Glaser, B.G. Strauss, A.L. (1972). *Discovery of Substantive Theory: A basic Strategy Underlying Qualitative Research.*, in *Qualitative Methodology: Firsthand Involvement With the Social World.*, W.J. Filstead, Editor. Markham Publishing Company: Chicago. p. 288-304.
25. Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
26. Haynes, R.B., Taylor, D.W., Sackett, D.L. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
27. Braveman, B. (1999). The model of human occupation and prediction of return to work: a review of related empirical research. *Work: a Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation,12* (1): 13-23.
28. Hazard, R.G., Haugh, L.D., Reid, S., Preble, J.B., MacDonald, L. (1996). Early prediction of chronic disability after occupational low back injury. *Spine, 21*(8): 945-951.
29. Linton, S.J. Hallden, K. (1998). Can We Screen For Problematic Back Pain - a Screening Questionnaire For Predicting Outcome in Acute and Subacute Back Pain. *Clinical Journal of Pain,14* (3): 209-215.
30. Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., Cole, D. (1998). Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope--if we can just get all the players onside. *Canadian Medical Association Journal,15 8*(12): 1625-1631.
31. Pincus, T., Vlaeyen, J.W., Kendall, N.A., Von Korff, M.R., Kalauokalani, D.A., Reis, S. (2002). Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain: directions for the future. *Sp ine,27* (5): E133-138.
32. Linton, S.J. Andersson, T. (2000). Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Sp ine, 25*(21): 2825-2831.
33. Vlaeyen, J.W.S., de Jong, J., Geilen, M., Heuts, P., van Breukelen, G. (2002). The treatment of fear of movement/(re)injury in chronic low back pain: Further evidence on the effectiveness of exposure in vivo. *C linical Journal of Pain,18* (4): 251-261.
34. Kielhofner, G., Braveman, B., Baron, K., Fisher, G., Hammel, J., Littleton, M. (1999). The model of human occupation: understanding the worker who is injured or disabled. *Work: a Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation, 12*(1): 3-11.
35. Baril, R., Berthelette, D., Ross, C., Gourde, D., Massicotte, P., Pajot, A. (2000). *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi*. Montréal: Université du Québec à Montréal (UQAM).

36. Gerhardt, U. Kirchgässler, K. (1987). Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences sociales et santé,5* (1): 41-91.
37. Crozier, M. Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil.